

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ PARIS-VI

1970

PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

18

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SUICIDE

Par Monique CERF

THÈSE DE DOCTORAT D'ÉTAT

Présidée par le Professeur DUCHÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ PARIS-VI^e

PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par Monique C E R F

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SUICIDE
Par Monique CERF

PARIS - 1970

THÈSE DE DOCTORAT D'ÉTAT
Présidée par le Professeur DUCHÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE
UNIVERSITÉ PARIS-VI

THÈSE DE DOCTORAT
MÈDICAL

PAR M. J. J. J.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE DU SUICIDE

1980



1980

THÈSE DE DOCTORAT

MÈDICAL

A MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCHE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse

A TOUS MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BASQUIN,
Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris,
qui m'a guidée dans la rédaction de ce travail

A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDEE,
en particulier à Monsieur le Docteur KOLB



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550208_0033

DU
SUICIDE

SUICIDE

— : — : — : — : — : — : — : — : — : — :

A PROPOS DE 26 CAS DE SUICIDE CHEZ DES ETUDIANTS
HOSPITALISES DANS UNE CLINIQUE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

I N T R O D U C T I O N

La population où ces 26 cas de suicides-décès ont été relevés, présente certaines caractéristiques particulières c'est pourquoi nous chercherons, dans un premier temps, à présenter le cadre et le matériel choisis pour cette étude. Nous ferons ensuite quelques brèves constatations à propos des tentatives de suicide n'ayant pas entraîné la mort, survenues avec une fréquence non négligeable, chez l'ensemble de cette catégorie de jeunes malades, tant il est artificiel de séparer les suicides dits réussis des simples tentatives mais sans nous y attarder ; pour en venir à ce qui est le sujet de ce travail, c'est-à-dire les suicides accomplis pendant ou après l'hospitalisation dans la clinique, pendant sept années de fonctionnement. Quelques remarques seront formulées en conclusion de ces 26 observations n'ayant, bien sûr, nulle valeur statistique.



ETUDE DE L'ENSEMBLE DES MALADES HOSPITALISES

En premier lieu, nous chercherons à décrire les principaux aspects de la population d'où ces 26 cas de suicide-décès sont extraits, afin d'en souligner les traits particuliers. Nous considérerons donc, successivement, dans la mesure du possible :

- le type d'établissement où ces patients sont hospitalisés,
- leur sexe et leur âge,
- les études poursuivies,
- les diagnostics posés au cours de leur séjour,
- les tentatives de suicide n'ayant pas entraîné la mort, effectuées par l'ensemble des hospitalisés,

Avant d'aborder les suicides-décès proprement dits.

ETUDE DE L'ENSEMBLE DES MALADES HOSPITALISES.

Cette étude porte donc sur 453 jeunes malades mentaux, hospitalisés entre le 15.5.1963 et le 15.7.1970, pour une durée moyenne d'environ 9 mois, soit une année scolaire, dans un établissement dit de "post-cure", réservé à la réadaptation d'étudiants de toutes disciplines et de lycéens en terminales.

La spécificité de cet établissement consiste en une double prise en charge :

- 1) médicale : encadrement par le personnel soignant
chimiothérapie, sismothérapie
psychothérapie d'inspiration analytique par
des analystes vacataires
- 2) pédagogique : cours, particuliers, ou, en très petit comité,
par des professeurs détachés de l'Education
Nationale.

A noter que la durée du séjour a pu varier de 4 jours à 4 ans ; que certains malades ont dû bénéficier d'hospitalisations réitérées ; c'est ainsi qu'en 7 ans et deux mois, 628 entrées seront effectuées, pour un total de 453 malades, à raison d'environ 84 entrées par an pour 60 lits d'hospitalisation..

L'Etablissement fonctionne en service libre, les étudiants se rendant pour la plupart à leur faculté, les lycéens dans leur lycée ; certains, en voie de réorientation, préparent des concours divers : administratifs, aide-bibliothécaire, P.T.T.. ou, interrompant momentanément ou définitivement leurs études, commencent un travail rémunéré tout en poursuivant leur séjour dans la clinique pendant une brève durée, avant d'organiser leur sortie.



Par ailleurs, 118 d'entre eux seront suivis en consultation externe après leur sortie de la Maison Universitaire Médico-psychologique, soit sur un plan institutionnel : médical ou pédagogique, soit en psychothérapie ; ce qui fait environ le quart du total des malades faisant l'objet de cette observation.

Nous serons limités dans nos investigations par différents facteurs habituels, notamment l'absence d'éléments concernant certains étudiants sortis dont nous n'aurons plus aucune nouvelle par la suite ; c'est pourquoi le nombre de suicides évoqué est un nombre minimum. C'est ainsi qu'à plusieurs reprises nous apprendrons, par hasard, le suicide d'un ancien malade, ou une tentative de suicide grave.

Dans cette population, nous étudierons sommairement le sexe et la présence ou l'absence de tentative de suicide avant, pendant ou après leur séjour, l'âge à l'entrée, les études envisagées à l'entrée, et le diagnostic posé lors de la période d'observation durant l'hospitalisation.

TOUT D'ABORD LE SEXE :

Sur 453 malades, nous trouvons 271 garçons pour 182 filles, soit près de 60 % de garçons pour 40 % de filles, pourcentage se rapprochant de celui de la moyenne constatée en milieu étudiant en général.

ENSUITE L'AGE :

La plus jeune de tous est une lycéenne schizophrène de 15 ans, le plus âgé un étudiant en dernière année de spécialisation de cardiologie, grand obsessionnel âgé de 37 ans à sa première entrée dans la clinique.

Si nous nous reportons aux deux courbes effectuées chez les garçons et chez les filles, ci-contre, nous constatons qu'elles sont grossièrement superposables avec un grand pic

./..



centré sur l'âge de 20 à 23 ans - chez garçons et filles - un pic secondaire à 24 ans chez les filles et à 25 chez les garçons ; et un autre vers 28 ans, plus net chez les filles que chez les garçons.

L'âge est donc homogène chez filles et garçons.

Nous signalerons, en outre, que le nombre de lycéens a varié sensiblement au cours des 7 ans : nul à l'ouverture de l'établissement où l'on ne prenait pas encore de lycéens, ils sont devenus de plus en plus nombreux au fur et à mesure des années ce qui rajeunit sensiblement la population actuelle en comparaison de celle des années 1963-1964. Nous avons, par ailleurs, groupé ceux qui étaient âgés de 30 à 35 ans comprenant 8 garçons et 3 filles, et ceux de 35 à 40 qui sont, en fait, représentés par deux garçons de 37 ans.

Il est à noter que, moins que l'âge, la condition de lycéen ou d'étudiant, avec la dépendance inhérente au milieu familial qu'elle entraîne, l'absence d'autonomie et d'insertion sociale, amène à considérer cette population de jeunes, plus comme des adolescents qu'en tant qu'adultes jeunes.

LES ETUDES :

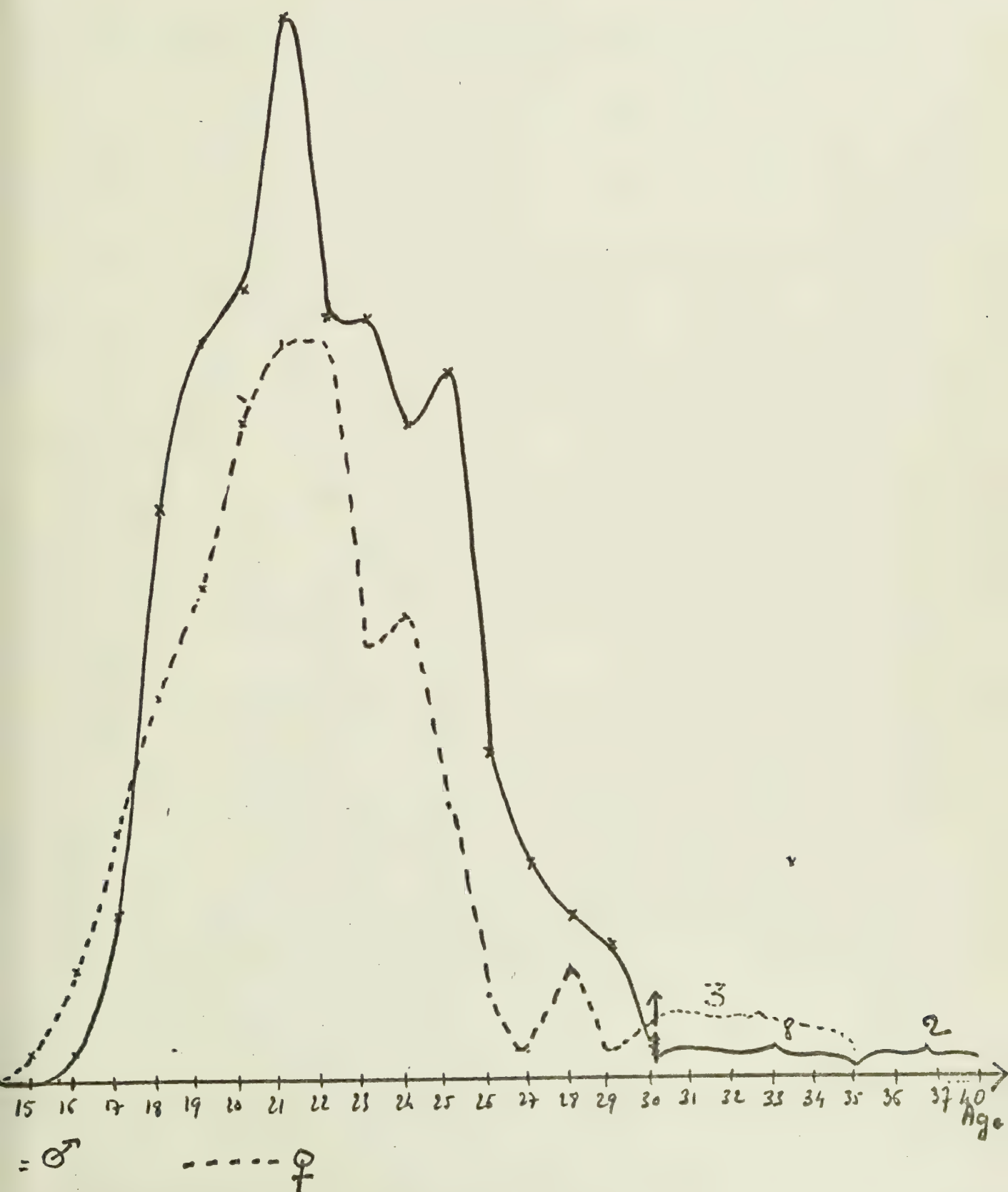
Nous simplifierons la classification en rangeant dans les "Lettres" aussi bien la philosophie que les langues, la psychologie, la sociologie et la littérature, en groupant sous le vocable de "Sciences" aussi bien la technique supérieure que les grandes écoles, les mathématiques, la chimie comme la physique ; classant à part les lycéens en terminale sous le terme de "secondaire" ; réunissant parfois plusieurs disciplines.

L'orientation relevée est celle que l'étudiant avait choisie avant son entrée ; elle sera souvent modifiée en cours de séjour.



8

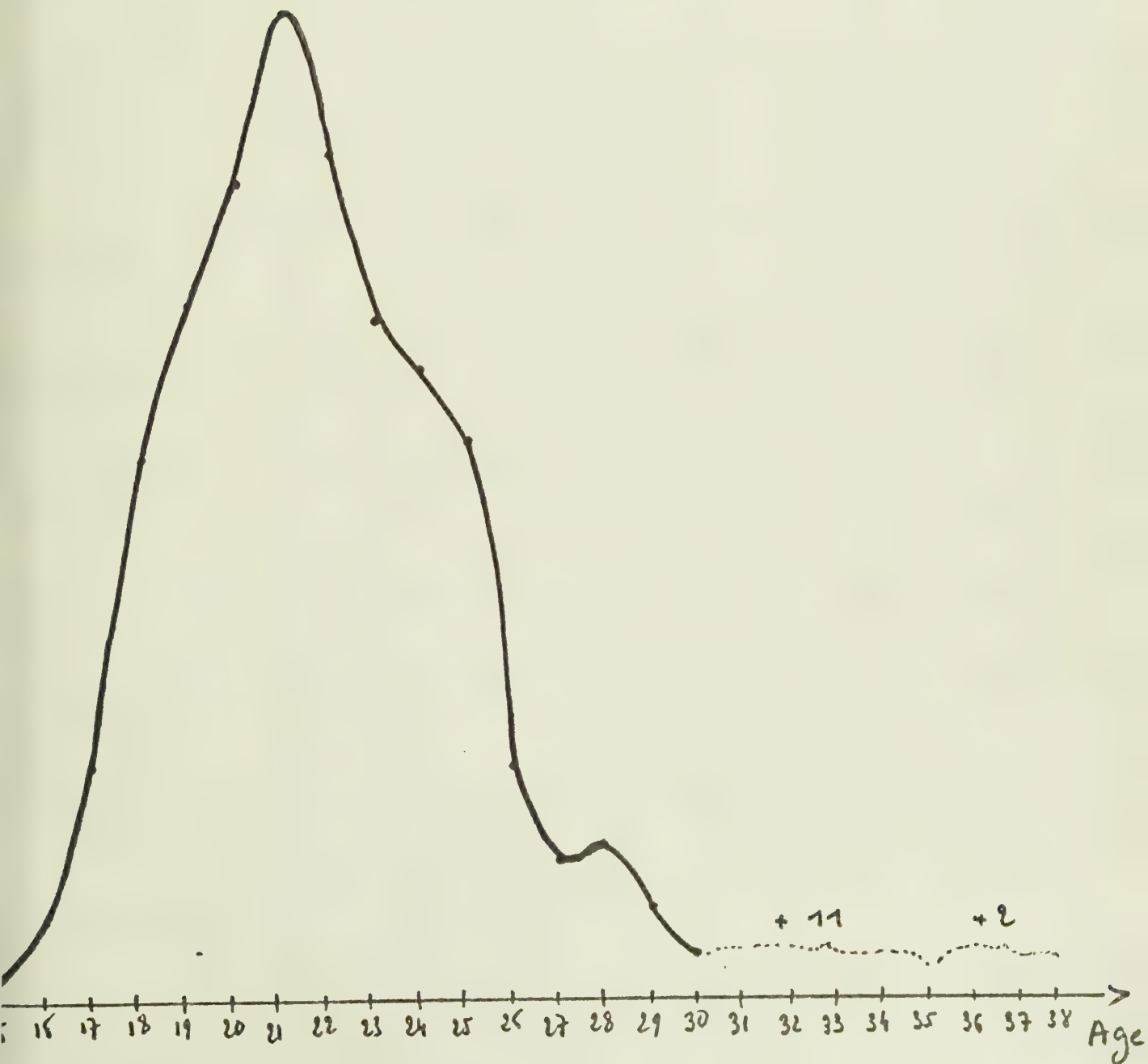
Age des étudiants et
Lyceens en fin d'etudes
garçons et filles separeés





total
cuts

9 Age ♂ + ♀





	GARÇONS	FILLES	TOTAL	Pourcentage par rapport aux étudiants hospitalisés
TITRES	72	70	142	30 %
COMMERCE COMPTABLE	50	9	59	15 %
MEDICINE PHARMACIE DENTISTE	31 3	13 1	44 4	11 %
INFIRMIERES LABORATOIRES	3	11	14	3,5 %
SCIENCES ET TECHNIQUES	55	20	75	16 %
SECONDAIRE	46	43	89	20 %
ARTS	8	8	16	3,5 %
ECOLE NORMALE INSTITUTEURS	2	2	4	3 %
SECRETARIAT	0 = 3	3 = 6	3 = 9	
EDUCATION PHYSIQUE	1	1	2	
INCONNUS	0	1	1	
	271	182	453	



Nous remarquerons, nous souvenant que 60 % des étudiants sont des garçons et 40 % des filles, que d'après le tableau ci-dessus, il se trouve une proportion inhabituellement forte de garçons en Lettres ; en Droit, le pourcentage courant est conservé tout comme en Arts, Sciences, Médecine et disciplines para-médicales.

En outre : sur 271 garçons, environ 26,5 % sont en Lettres
 18,5 % sont en Droit
 11,5 % sont en Médecine
 1 % sont en Pharmacie et Vétérinaires
 1 % sont en para-médicales
 18,5 % sont en Sciences
 18 % sont en Secondaire

Quant aux filles, sur 182, à peu près

28 % vont en Lettres
 5 % vont en Droit
 7 % vont en Médecine
 7 % vont en professions para-médicales
 11 % vont en Sciences
 23 % vont en Secondaire

Proportionnellement, il apparaît un nombre plus grand de lycéennes par rapport au nombre d'étudiantes que de lycéens par rapport au nombre d'étudiants.

LE DIAGNOSTIC :

En premier lieu, il semble nécessaire de préciser que les critères d'indication de la clinique ont sensiblement varié au cours des années : il est apparu que nous avons de plus en plus tendance à refuser d'admettre les névrosés, lors des consultations préalables à l'admission, qui doivent nous permettre de juger de l'opportunité ou de la non opportunité de l'hospitalisation, au profit des psychotiques.

Par ailleurs, compte tenu de l'exigüité des locaux et du fait qu'il s'agisse d'un service très libre, il n'est pas possible



d'admettre des malades en phase trop aiguë. Il est à remarquer également que, vu l'âge des malades, tout le problème diagnostique est centré sur la possibilité d'un éventuel mode d'entrée dans la schizophrénie. Et, comme le souligne André Haim, il est rare de trouver des états névrotiques ou psychotiques francs chez l'adolescent suicidaire où l'on note au contraire la fréquence des cas limites.

De plus, il s'agit d'étudiants, donc de jeunes d'un niveau culturel et d'une intelligence en général supérieure à la moyenne de la population, qui ont été traités, pour la grande majorité des cas, avant leur entrée ici, pendant un temps variable; ce qui modifie souvent assez considérablement leur symptomatologie.

Pour simplifier la classification de ces malades, nous les avons divisés en "schizophrènes" qui comportent toutes les formes de la schizophrénie, "psychotiques" englobant les bouffées délirantes de type Magnan, les psychoses maniaco-dépressives qui seront, en fait, extrêmement rares, compte tenu du jeune âge des sujets et, aussi, ceux qui ont pu délirer sans que l'on puisse retrouver de signes de la série dissociative; nous rangerons ensuite sous le vocable de "border-line" tous ceux qui présentent, par période, des manifestations suspectes de psychose et qui se réorganisent, à d'autres moments, sur un mode purement névrotique; nous grouperons enfin toutes les névroses, hystérique, phobique et obsessionnelle.

Le tableau suivant, séparant garçons et filles, nous permet d'avoir une vue générale sur la population étudiée.

Schizophrènes		Psychotiques		Border-line		Névrosés		Psychopathes		Diagnostics inconnus	
Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
155	50	31	36	30	38	30	55	3	1	3	1
TOTAL 205		67		68		85		4		4	

Ce qui montre un pourcentage global, pour 453 malades de :

45 % de schizophrènes

19 % de psychotiques

Ces deux catégories de malades réunies formant 65 % de la population considérée, soit, près des deux tiers.

15 % de border-line

19 % de névrosés

Si nous considérons les sujets selon leur sexe, nous trouvons :

- parmi les 182 filles : environ 27,5 % de schizophrènes

20 % de psychotiques

Ces deux catégories de malades formant presque la moitié de la population féminine.

environ 20 % de border-line

30 % de névrosés

0,5 % de psychopathe (1 seule)

- parmi les 271 garçons : environ 57 % de schizophrènes

presque 19 % de psychotiques

Ces deux catégories ajoutées recrutant 76 %, soit environ les trois quarts de la population masculine

environ 11 % de border-line

11 % de névrosés

1 % de psychopathes (3 au total)

Ce qui met en évidence des différences notoires entre garçons et filles ; le pourcentage de schizophrènes est beaucoup plus lourd chez les garçons que chez les filles, contrairement à celui des névrosés qui est plus grand chez les filles que chez les garçons. Il existe, par ailleurs, une proportion identique de psychotiques chez les filles et chez les garçons, et moitié moins de border-line chez les garçons que chez les filles. Ce que nous mettrons en relief par le diagramme ci-contre.



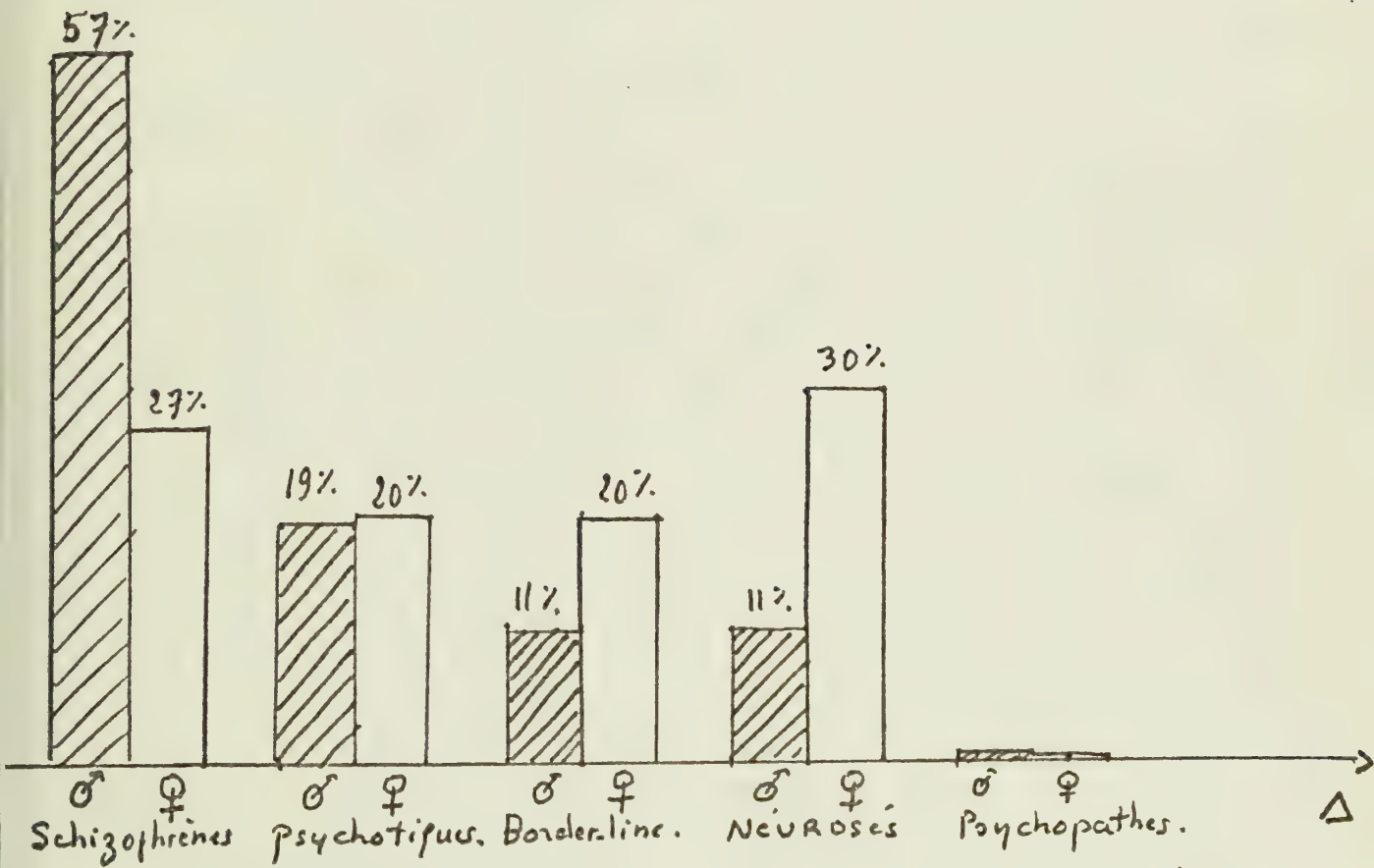


Diagramme des diagnostics (D) en fonction
du pourcentage dans chaque sexe.



LES TENTATIVES DE SUICIDE

Nous isolerons très arbitrairement les tentatives de suicide des suicides-décès, simplement dans la mesure où, seuls, les seconds sont l'objet de cette étude.

Il semble, en effet, très artificiel de les séparer sinon par commodité pratique. En effet, Henri Ey, dans le chapitre "le suicide pathologique" des "Etudes psychiatriques", tome II, évoque le suicide sous les termes de situation suicide et de conduites suicidaires. André Haim souligne que tentative de suicide et suicide ont au moins un point commun qui est un passage à l'acte d'auto-destruction ; avis que partagent de nombreux autres auteurs tels PB. Schneider, Deshaies, et Courchet, ce qui permet de les séparer nettement du concept d'idée de suicide.

Et nous retiendrons, en fait, comme définition du suicide celle d'"acte de mort volontaire quel qu'en soit le motif". (H. Ey, Deshaies, Schneider).

En effet, comment ne pas considérer comme suicidés ceux qui ont absorbé une dose ou une qualité de médicaments telles qu'il y a quinze ans, sans les moyens modernes de réanimation, ils seraient sûrement morts, comme le fait justement remarquer Védrinne dans "Intoxication aiguë volontaire" ; comment ne pas souligner combien est peu solide le fil auquel tient la vie d'un homme qui joue à la "roulette russe" avec elle, comptant par exemple sur le retour d'un membre de sa famille ou d'amis pour le faire transporter dans le coma à l'hôpital ou, partant volontairement en mission périlleuse pendant une guerre, alors que 70 % de ses camarades ne reviennent pas de ces expéditions.

Nous évoquerons à ce sujet quelques exemples, parmi les nombreuses observations d'étudiants ayant effectué une tentative de suicide avant, pendant ou après leur séjour dans l'établissement, de conduites suicidaires où l'intention de se donner la mort ne peut nullement être mise en doute, compte tenu du contexte et des moyens employés pour y parvenir et que, des événements fortuits ont empêché de mourir.



A l'inverse, parmi les malades décédés d'un suicide, nous mettrons en évidence, chez certains, le désir manifeste qu'il leur soit porté secours, désir qu'il n'a pas été possible de satisfaire en raison de fâcheux concours de circonstances.

Ainsi, un jeune indochinois de 25 ans, étudiant en électronique, dont la première décompensation avait eu lieu vers 18 ans ; schizophrène paranoïde qui avait présenté plusieurs états dépressifs avec trois tentatives de suicide, dont une au gaz, s'est précipité par une fenêtre du 7ème étage, six mois environ après sa dernière hospitalisation... mais il est tombé sur le toit d'une voiture et s'en est sorti avec une simple fracture du tibia et quelques côtes cassées.

De même, une jeune psychotique cyclo-thymique de 28 ans, étudiante en Lettres, anorexique quand elle était nourrisson, fit de nombreuses tentatives gravissimes au cours de ses huit accès, dont cinq dépressifs ; la première en se jetant dans la Seine, la seconde par phlébotomie et la troisième, à 26 ans, en se défenestrant brutalement. Elle gardera une paraplégie comme séquelle de ce traumatisme et l'on constatera, un an plus tard, une leucémie myéloïde dont elle décèdera vers 32 ans, alors qu'elle était manifestement bien sur le plan purement psychiatrique, tout en ayant fait, entre temps, une quatrième et dernière tentative suicidaire médicamenteuse grave, à laquelle avait succédé une nette amélioration.

Nous donnerons un troisième exemple de ce type de malades très suicidaires dont la survie n'est due qu'à un concours de circonstances favorables : il s'agit de Chantal C., en cours de licence de philosophie, psychotique, dont la première tentative de suicide par défenestration remonte à l'âge de 18 ans, avec enfoncement du frontal ; elle fit la deuxième également par défenestration vers 20 ans, au cours de laquelle elle souffrira de fractures multiples avec tassement des deux calcaneums.

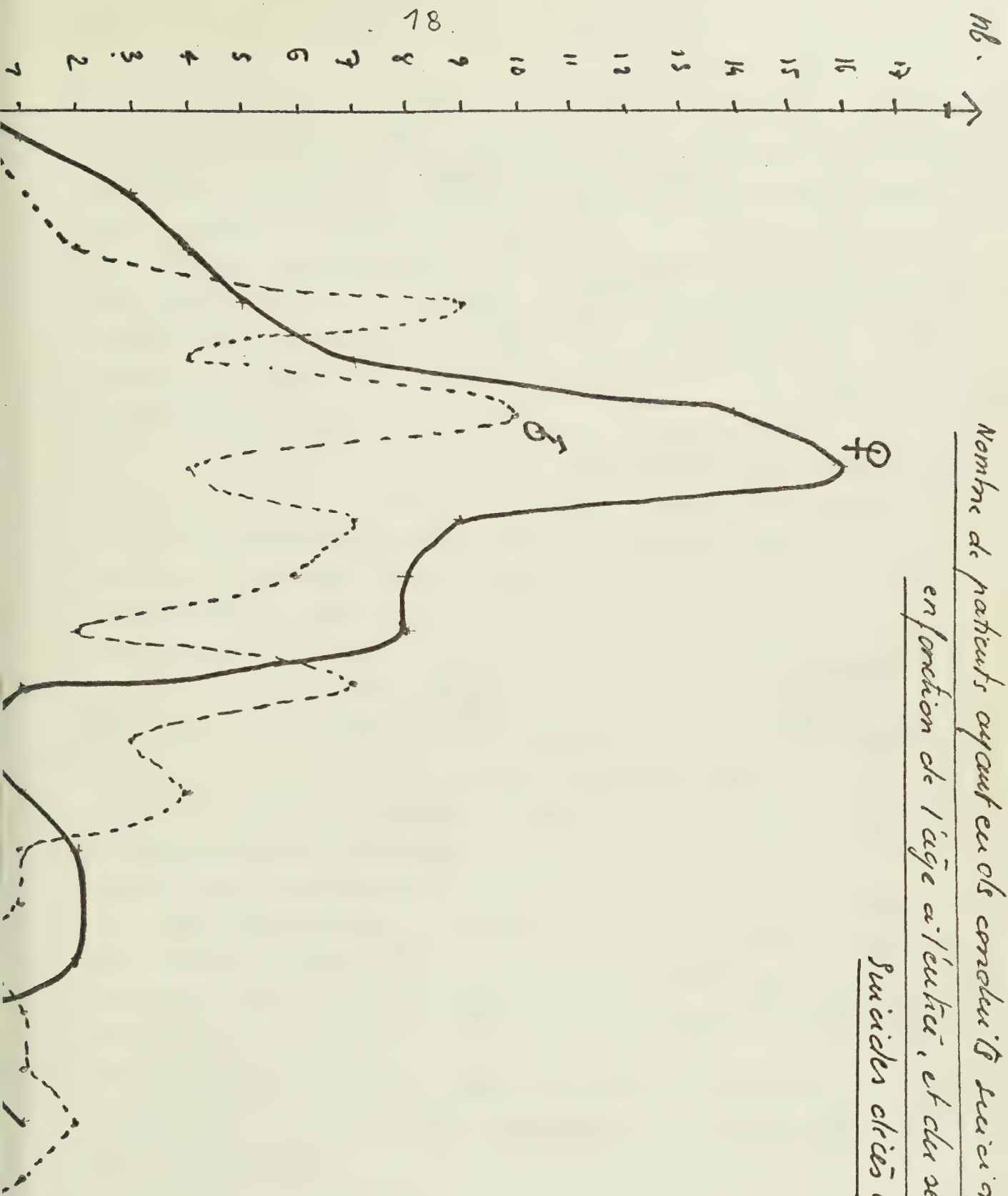
Ces trois exemples sont choisis parmi les malades suicidaires hospitalisés dont nous avons fait brièvement le recensement.



Nombre de patients ayant eu des conduites suicidaire

en fonction de l'âge et l'échelle, et du sexe.

Suicides chez y compris





Sur un total de 453, 148 malades ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide , soit environ 32 % ; 65 % n'en ayant pas effectuées à notre connaissance, le pourcentage restant demeurant une inconnue.

Ce pourcentage global de 32 % est beaucoup plus élevé que celui donné par les statistiques habituelles, mais il nous faut rappeler qu'il s'agit ici de gens jeunes, hospitalisés en milieu psychiatrique libre où l'on retrouve une très grande proportion de psychotiques, et qu'ici, le "tabou" concernant le suicide n'engendrer pas le même interdit que dans le monde "normal".

Il faut remarquer, parmi ces suicidaires, que certains n'ont fait qu'une seule tentative tandis que d'autres ont essayé parfois de se tuer une quinzaine de fois... l'un d'eux étant d'ailleurs mort de la dernière, par précipitation dans le vide ; événement qui ne fait que confirmer l'unité qui existe entre suicide et tentative de suicide.

Par ailleurs, sur 182 filles, 44 % ont des antécédents suicidaires tandis que 21,4 % seulement des 271 garçons en présentent. Nous pouvons donc constater une nette disproportion entre les garçons et les filles ; celles-ci tentant de se suicider, une fois et demie de plus que les garçons, proportion toutefois moindre que celle retrouvée sur la plupart des statistiques, qui est de trois filles pour un garçon.

Si l'on considère l'âge des étudiants, garçons et filles qui ont attenté à leurs jours, nous remarquons la dissémination des âges des garçons alors, qu'au contraire, un pic net - aux alentours de 19 à 22 ans - se fait jour chez les filles (cf courbe à la page précédente).

D'un autre côté, si l'on recherche le pourcentage des sujets qui ont fait une tentative, en fonction des études choisies, nous trouvons environ :

./..



% d'étudiants en Droit parmi les 59 qui ont fait une ou plusieurs T.S.										
" " Lettres " " 142 " " " " " " "										
" " Sciences " " 75 " " " " " " "										
" " Médecine " " 44 " " " " " " "										
en secondaire " " 89 " " " " " " "										

Par ailleurs, sur 4 étudiants en pharmacie, aucun n'a fait de tentative de suicide; par contre, dans les disciplines paramédicales réunissant : infirmières, orthophonistes, kinésithérapeutes et jardinières d'enfants, nous retrouvons 8 tentatives de suicide pour 14 étudiants ; dans les Arts, 5 tentatives pour 16 sujets et dans les "divers", 5 tentatives de suicide pour 9 sujets.

Si nous étudions le pourcentage des tentatives de suicide, calculé en fonction du sexe, dans chaque discipline, nous obtiendrons :

- parmi les garçons en Droit, 18 % ont eu une conduite suicidaire							
- " " filles " " 2 sur 9 " " " "							
- " " garçons en Lettres, 22 % " " " "							
- " " filles " " 48 % " " " "							
- " " garçons en Sciences, 23 % " " " "							
- " " filles " " 25 % " " " "							
- En Médecine, 7 filles sur 13 } 9 garçons sur 31 } 30 % " " " "							
- En secondaire, 46 % des filles) 32 % des garçons) ... " " " "							

(certains chiffres ne seront pas exprimés en pourcentage, compte tenu du trop petit nombre d'étudiants correspondant à cette catégorie, et donc, non reportés sur les diagrammes).

Nous ferons alors quelques remarques pour insister sur la forte proportion de lycéens suicidaires suivis de peu par les étudiants en Médecine et en Lettres ; viennent ensuite ceux du Droit et des Sciences. Nous soulignerons l'importance du nombre de filles suicidaires dans les disciplines paramédicales (car sur



Diagramme du pourcentage de TS en fonction des études 21

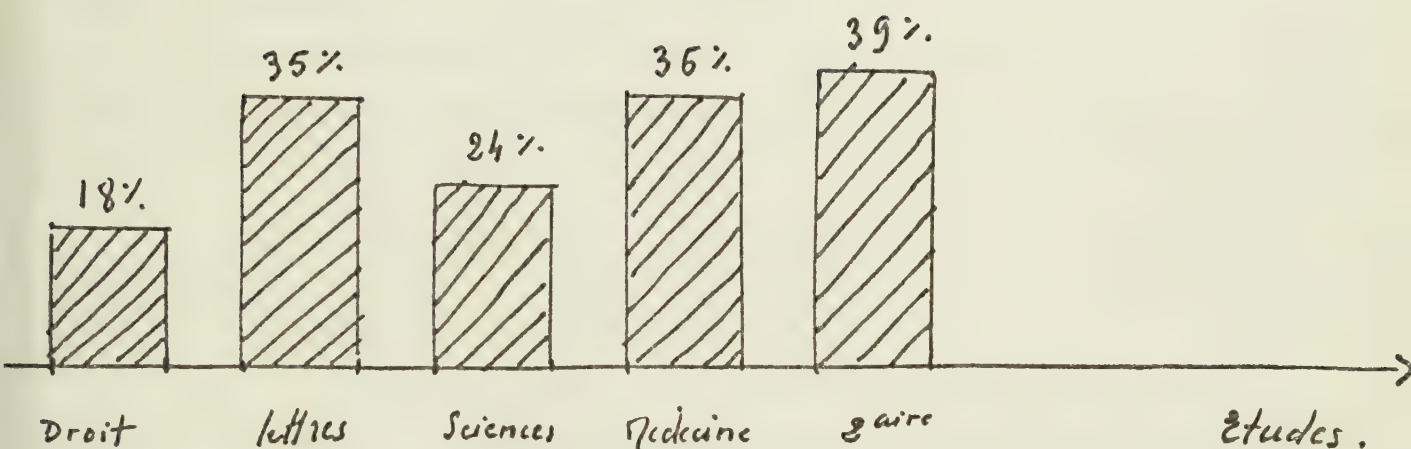
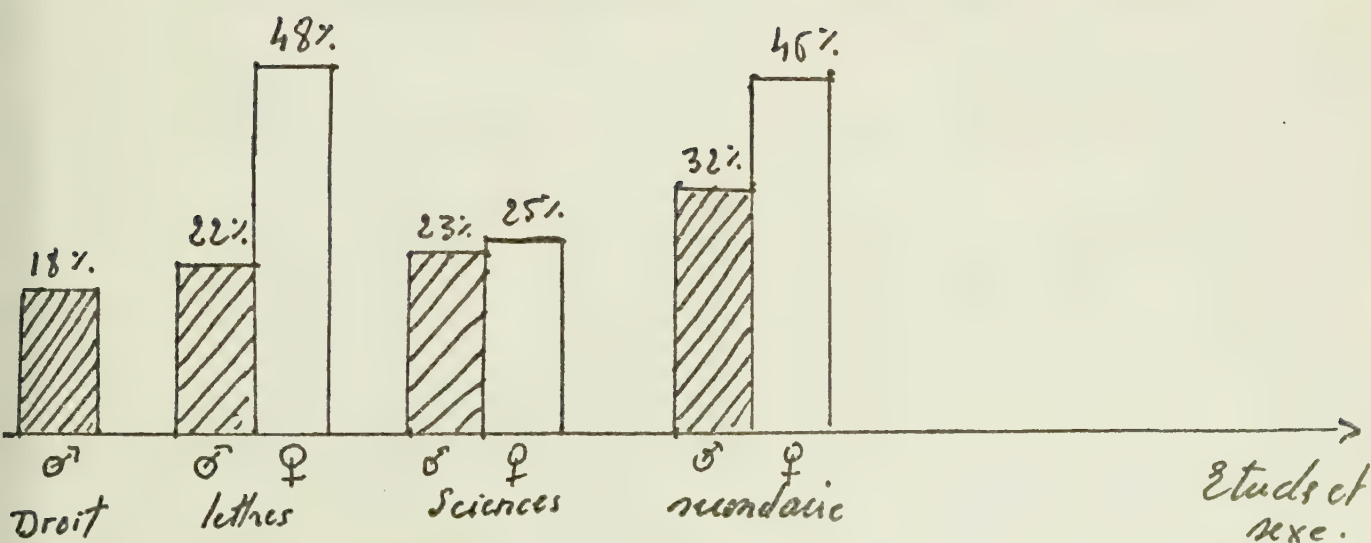
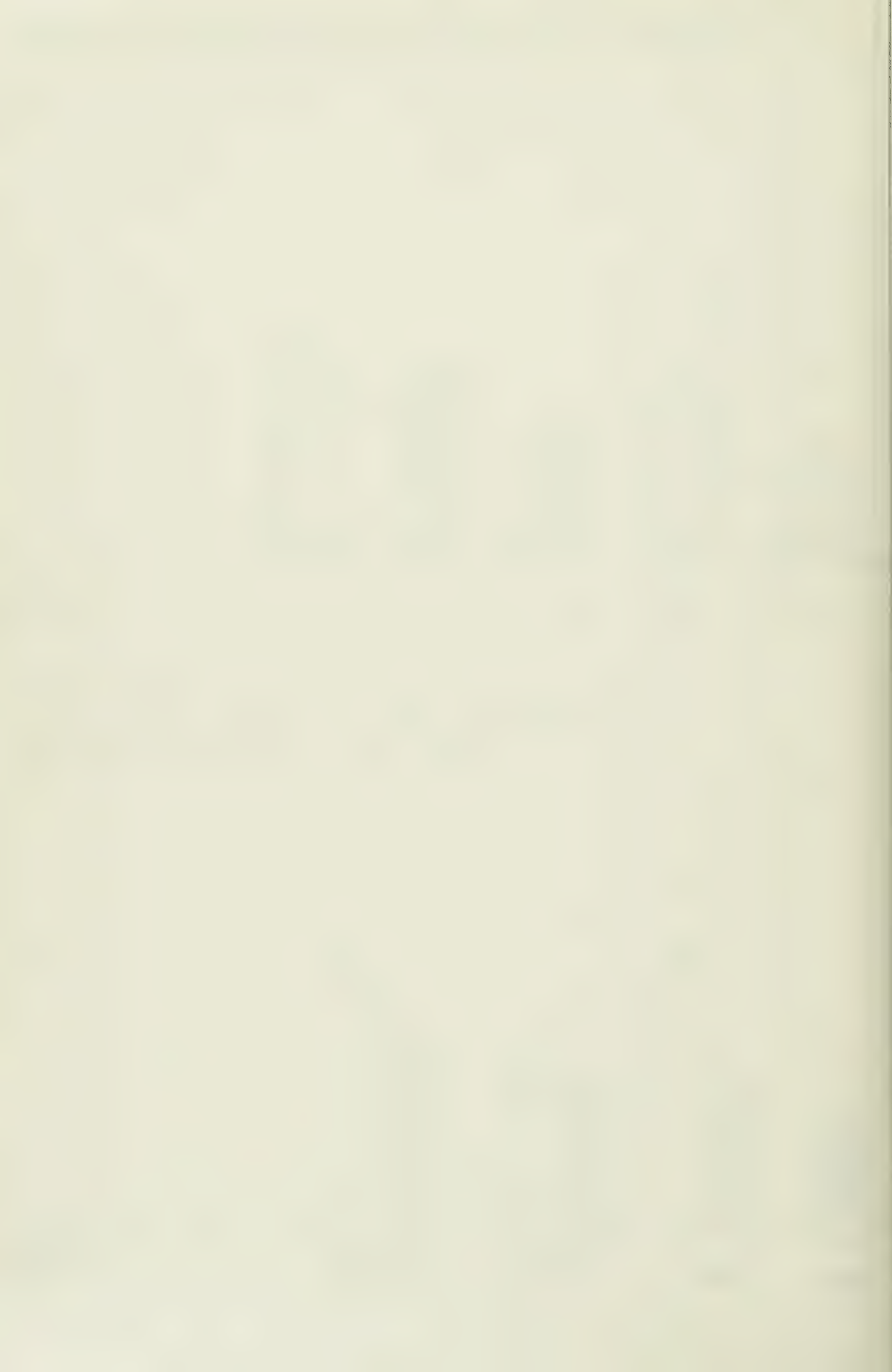


Diagramme du pourcentage de TS dans chaque sexe en fonction des études.





14 étudiants dont 11 filles et 3 garçons, 8 filles ont des antécédents suicidaires) ; de même en Lettres.

Nous noterons qu'en Sciences, le pourcentage d'étudiants suicidaires, chez les filles et les garçons, est à peu près identique; pour les lycéens également, avec cependant un peu plus de filles que de garçons.

Si nous considérons le pourcentage d'étudiants suicidaires en fonction des diagnostics posés, nous voyons environ :

- 29 % de schizophrènes avec conduites suicidaires sur 205 au total
- 32 % de psychotiques " " " " 87 " "
- 44 % de border-line " " " " 68 " "
- 34 % de névrosés " " " " 85 " "
- et 1 psychopathe sur 4

Et si nous recherchons le pourcentage chez les filles et chez les garçons, suivant les diagnostics, font des tentatives de suicide, nous verrons :

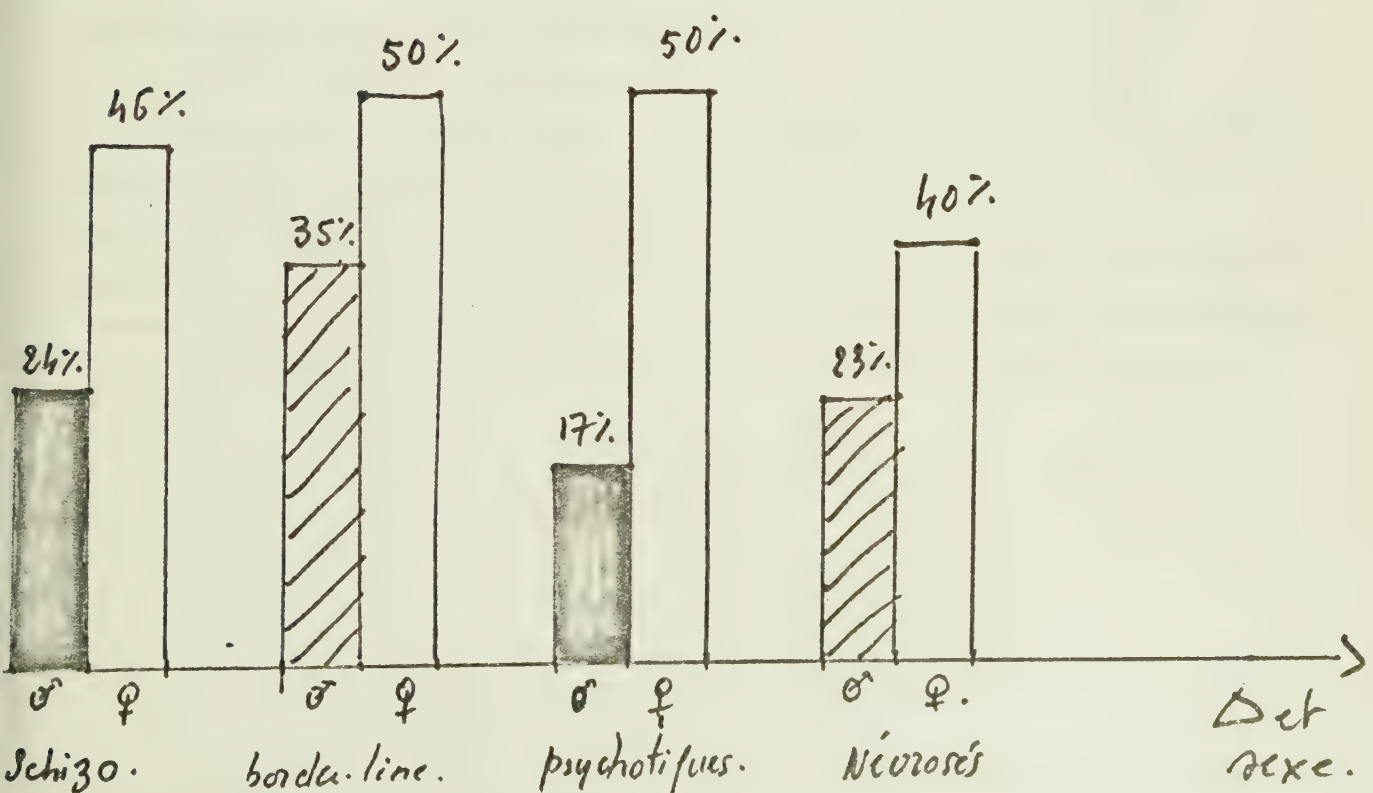
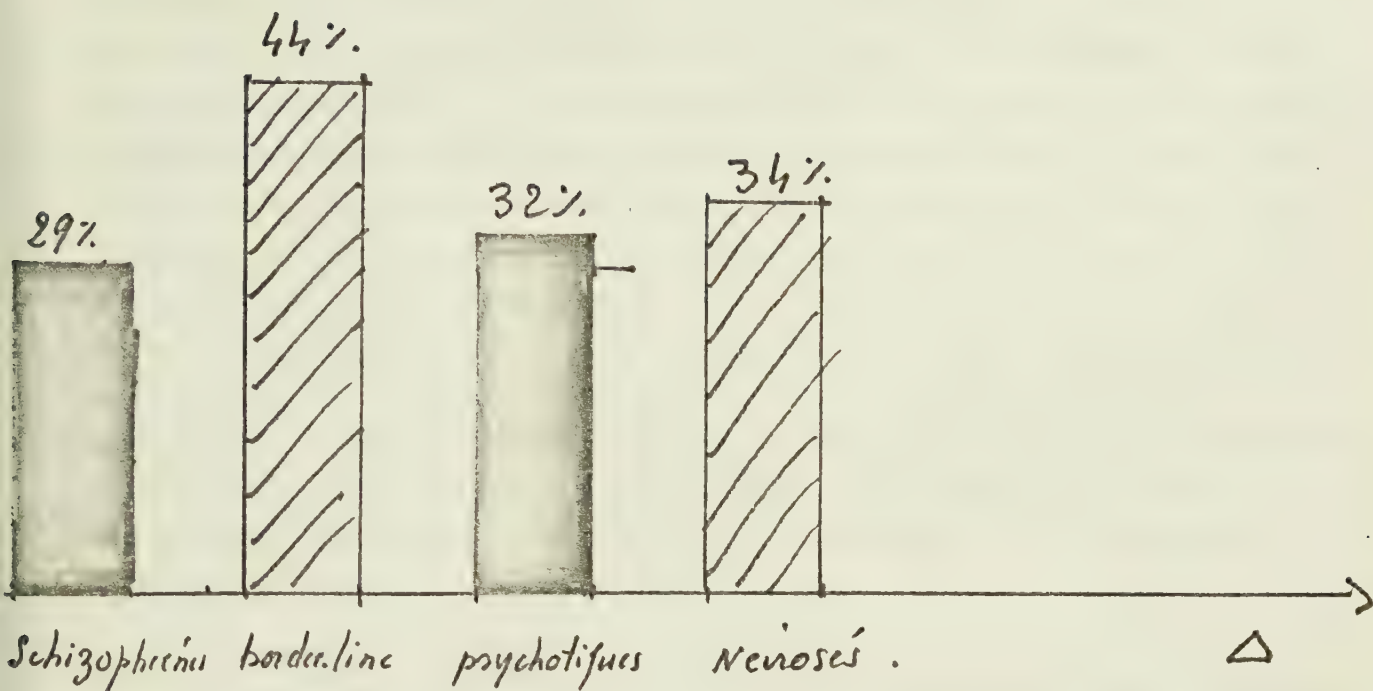
- que 24 % des garçons schizophrènes ont des conduites suicidaires
- que 46 % des filles " " " " "
- que 17 % des garçons psychotiques " " " " "
- que 50 % des filles " " " " "
- que 35 % des garçons border-line " " " " "
- que 50 % des filles " " " " "
- que 23 % des garçons névrosés " " " " "
- que 40 % des filles " " " " "

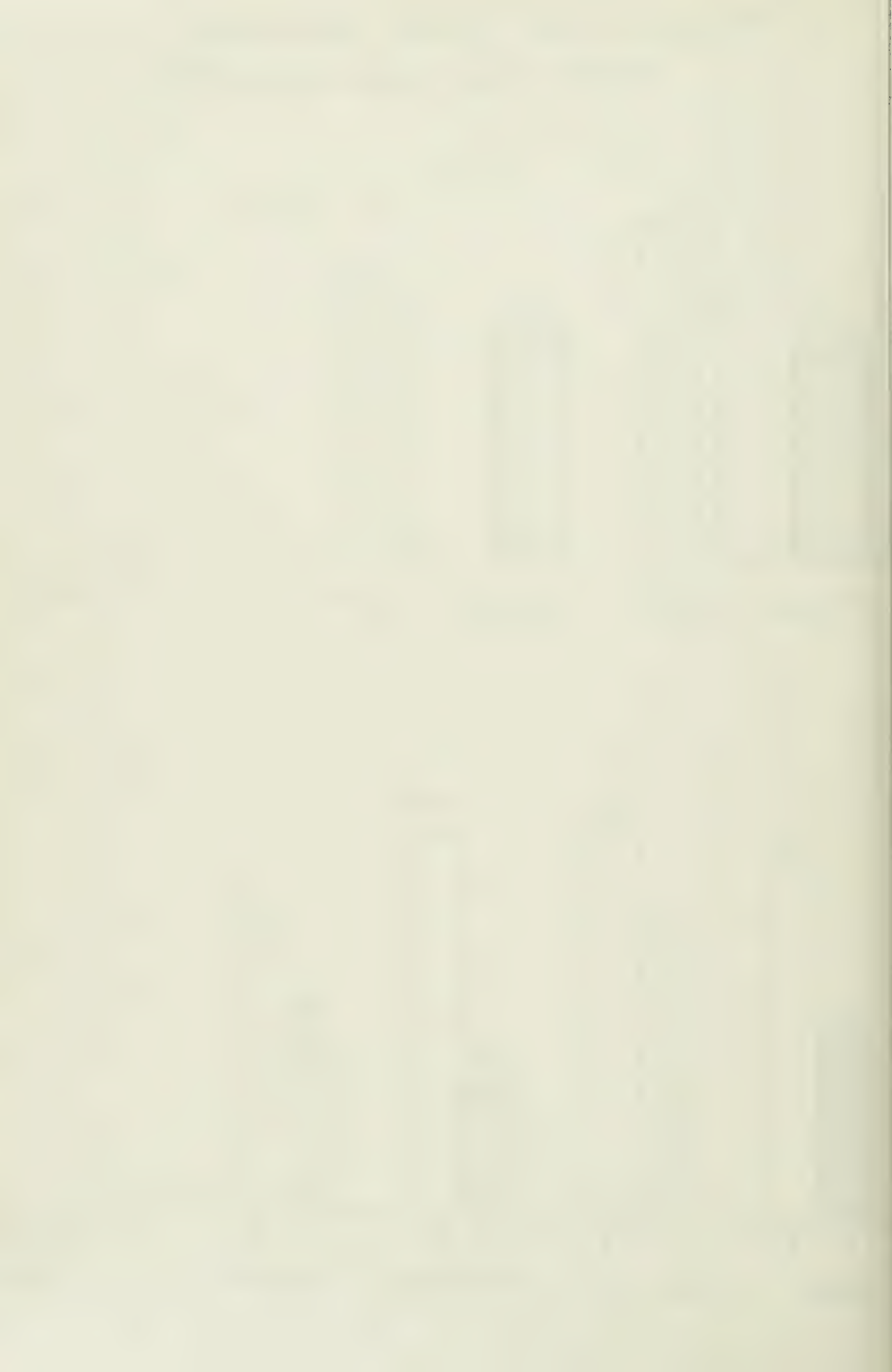
le seul suicidaire psychopathe se trouve être un garçon.



Diagramme du % de TS dans chaque
catégorie diagnostique de maladies.

23





En consultant les diagrammes consignant ces résultats, nous remarquerons la forte proportion de border-line qui tentent de se donner la mort, plus que les schizophrènes, les psychotiques et même les névrosés ; le pourcentage plus élevé, dans chaque catégorie diagnostique, de tentatives de suicide chez les filles allant par exemple du simple au double chez les psychotiques et les schizophrènes; ce qui est peut-être à rapprocher de la fréquence plus grande des traits hystériques chez la fille que chez le garçon, parmi les malades. Si nous considérons à la fois le diagnostic, les études et le sexe, nous retrouvons le maximum de conduites suicidaires chez les filles border-line, psychotiques et névrosées qui vont à la Faculté de Lettres dans une proportion d'environ la moitié; de même que les filles psychotiques et border-line allant au lycée.

En résumé : le cadre de notre étude est formé, par conséquent, de 453 jeunes malades hospitalisés, dans un service libre, dont 60 % sont des garçons ; l'âge le plus fréquemment rencontré oscille autour de 20 à 23 ans, mais il semble que ces étudiants et lycéens peuvent être considérés, à cause de leur statut, comme des adolescents ; une forte proportion d'entre eux étudie en Lettres, ou sont au lycée, un peu moins en Droit, Sciences, puis en Médecine; le pourcentage de schizophrènes et de psychotiques réunis est de deux tiers ; un peu moins du tiers des malades ont eu des conduites suicidaires. Nous allons ensuite aborder les suicides décès qui ont eu lieu pendant ces 7 dernières années, essayant, dans la mesure du possible, de rapprocher nos remarques des constatations effectuées sur les tentatives de suicide.



SUICIDES-DECES

Dans un premier temps, les mêmes éléments que ceux qui ont été évoqués pour les tentatives de suicide seront repris, c'est-à-dire, le nombre de suicides, l'âge des malades au moment de leur suicide, leur sexe, les études poursuivies et le diagnostic posé au cours de leur hospitalisation, et mis en parallèle avec ceux étudiés pour les tentatives de suicide.

Puis nous chercherons :

- à situer le malade dans son milieu familial avec l'étude des parents, de la profession du père, des antécédents psychiatriques familiaux, de la séparation hors de la famille dans l'enfance, et de la phratricie.
- à mettre en évidence la transplantation éventuelle au cours des études secondaires ou au moment d'entrer en faculté, les moyens de suicide utilisés, et la période de l'année à laquelle le malade s'est tué volontairement.

Pour en venir à l'histoire de la maladie, essentiellement en fonction des troubles au cours desquels sont survenues les conduites suicidaires avec :

- a) les troubles du comportement pouvant faire évoquer un déséquilibre psychique
- b) les conduites suicidaires n'ayant pas entraîné la mort
- c) les suicides-décès sans antécédents suicidaires
- d) l'étude de l'humeur de ces malades et de ses rapports éventuels avec les conduites suicidaires, dont nous rapprocherons certains traits de caractère fréquemment retrouvés chez les êtres qui passent facilement à l'acte.
- e) le contexte relationnel des tentatives de suicide ou du suicide ou l'absence de contexte relationnel pour en venir à
- f) la conduite suicidaire en tant que "langage" ou en tant "qu'absence de langage"

Nous terminerons par quelques remarques à propos de l'institution et la mort.



LES SUICIDES-DECES

I - LE NOMBRE DE SUICIDES-DECES

Nous recensons 26 suicides sur 453 jeunes malades, c'est-à-dire 5,7 % de décès, soit près de 6 % ; alors que nous avons 148 tentatives de suicide, c'est-à-dire, un pourcentage de 32 %. Si l'on fait abstraction du pourcentage de suicides "réussis" pour ne conserver que les "tentatives de suicide", nous obtenons alors un pourcentage de 27 % de tentatives de suicide pour 453 malades.

En résumé : ceux qui ont tenté de se suicider sont à peu près cinq fois plus nombreux que ceux qui se tuent par suicide.

II - L'AGE AU MOMENT DU SUICIDE

Nous voyons :

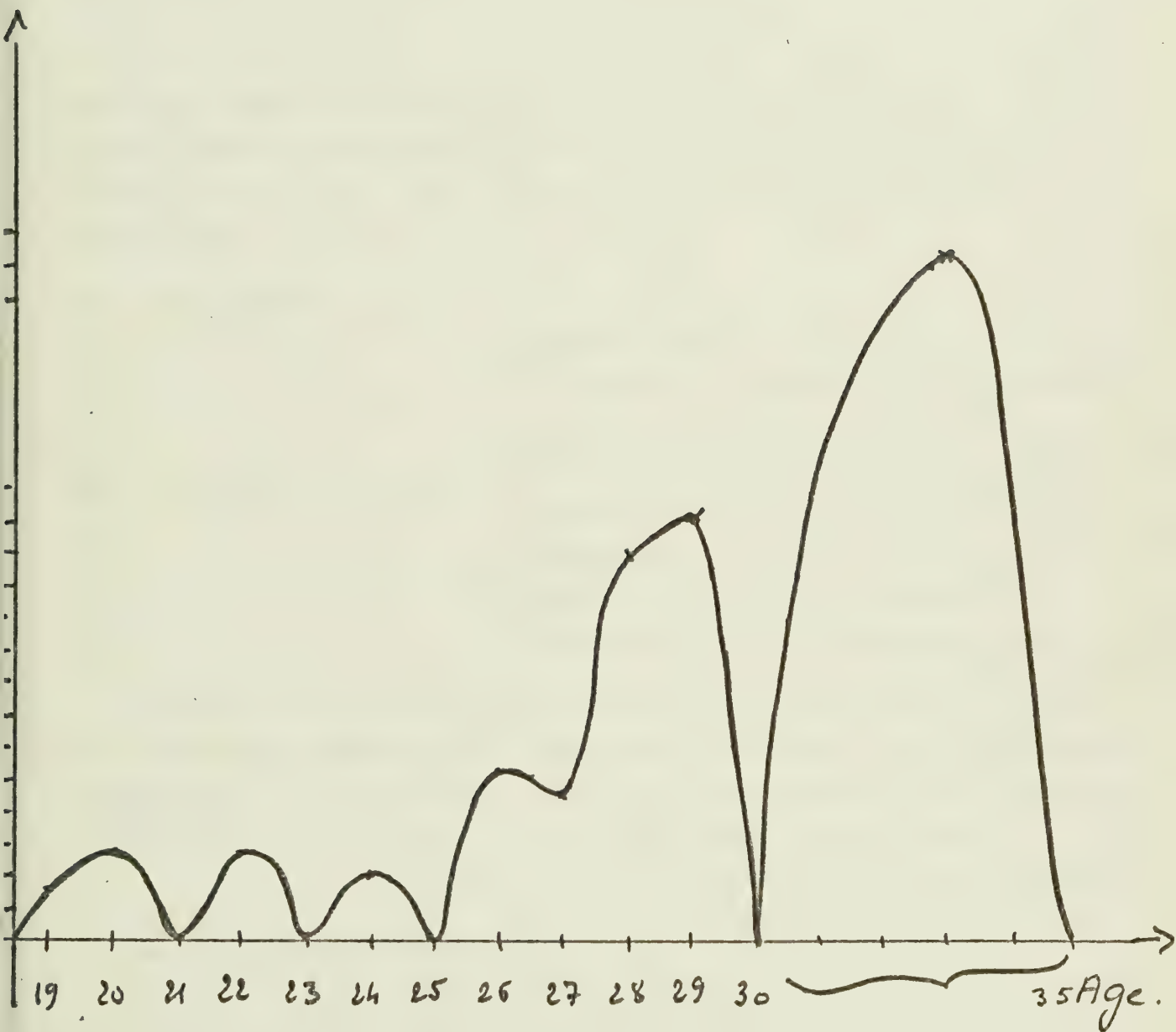
- 2	suicidés	de 19 ans	sur 45	du même âge,	soit 4,5 %	
- 3	"	"	20 ans	sur 43	" " "	7 % environ
- 1	"	"	21 ans	sur 66	" " "	1,5 %
- 4	"	"	22 ans	sur 55	" " "	7 %
- 2	"	"	24 ans	sur 41	" " "	5 %
- 2	"	"	26 ans	sur 15	" " "	13 %
- 1	"	"	27 ans	sur 9	" " "	11 %
- 3	"	"	28 ans	sur 10	" " "	30 %
- 2	"	"	29 ans	sur 6	" " "	33 %
- 6	"	"	30 à 35 ans	sur 11	" "	54 %

Résultats que nous transcrivons en pourcentage sur la courbe de la page suivante.

Nous remarquerons l'important pourcentage de décès chez les plus âgés, plus de la moitié de ceux qui ont de 30 à 35 ans étant décédés, environ un tiers de ceux qui ont 28-29 ans ; alors que les 3 malades âgés de 30, et les 3 de plus de 35 sont toujours vivants. Il semble que ce soit relativement, les malades plus âgés qui "réussissent" leur suicide.



Courbe du % de Suicides en fonction
du nb total de malades du m^e âge



III - LE SEXE

Nous trouvons 9 filles pour 17 garçons, c'est-à-dire environ le double ; mais si l'on rapporte ce nombre de suicides respectivement à celui de la totalité des malades de chaque sexe, il existe alors :

un rapport de 9 sur 182 soit environ 5 % chez les filles
et de 17 sur 271 c'est-à-dire environ 6 % chez les garçons.
Ce qui montre que dans cette population de malades, les garçons ne décèdent pratiquement pas plus de suicide que les filles, contrairement aux statistiques faites sur les populations en général où l'on ne trouve que trois ou quatre garçons qui se suicident, pour une fille.

IV - LES ETUDES

	5 lycéens dont 3 garçons et 2 filles
	8 étudiants en Lettres, dont 4 garçons et 4 filles
	5 étudiants en Médecine, dont 3 garçons et 2 filles
Sur 26, il se trouve....	4 étudiants en Droit, qui sont 4 garçons
	2 étudiants en Sciences : 2 garçons
	1 étudiant en Arts : 1 garçon
	1 étudiante à l'Ecole Normale d'Institutrices : 1 fille

Si l'on considère le pourcentage de malades, selon la Faculté, qui meurent de suicide, en comparaison du nombre total d'étudiants hospitalisés ici et relevant de cette même Faculté, nous trouvons :

- Pour les Lettres : 5,5 % de suicides pour 142 malades
avec 5,5 % des 72 garçons morts de suicide
et 5,5 % des 70 filles mortes de suicide.
- Pour les Lycéens : 5,5 % de suicides sur les 89
avec 6,5 % des lycéens morts de suicide
et 4,5 % des lycéennes mortes de suicide.
- Pour la Médecine : 11 % de suicides pour 44 malades
avec 9,5 % des 31 garçons morts de suicide
et 15 % des 13 filles mortes de suicide.
- Pour le Droit : 6,5 % de suicides pour 59 malades
mais en fait 8 % des 50 garçons et aucune fille



Diagramme
des Suicides en fonction des études.
et du sexe

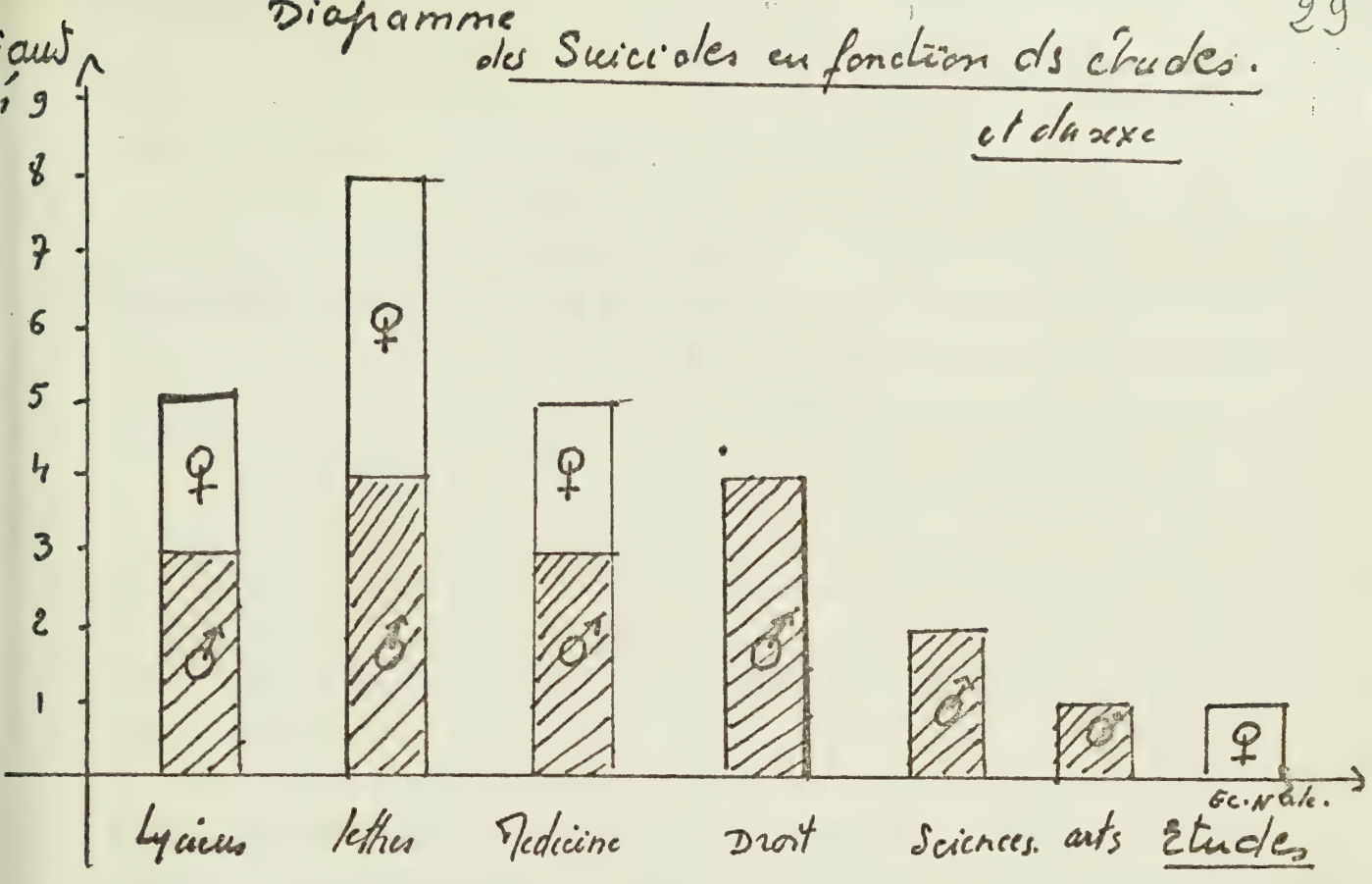
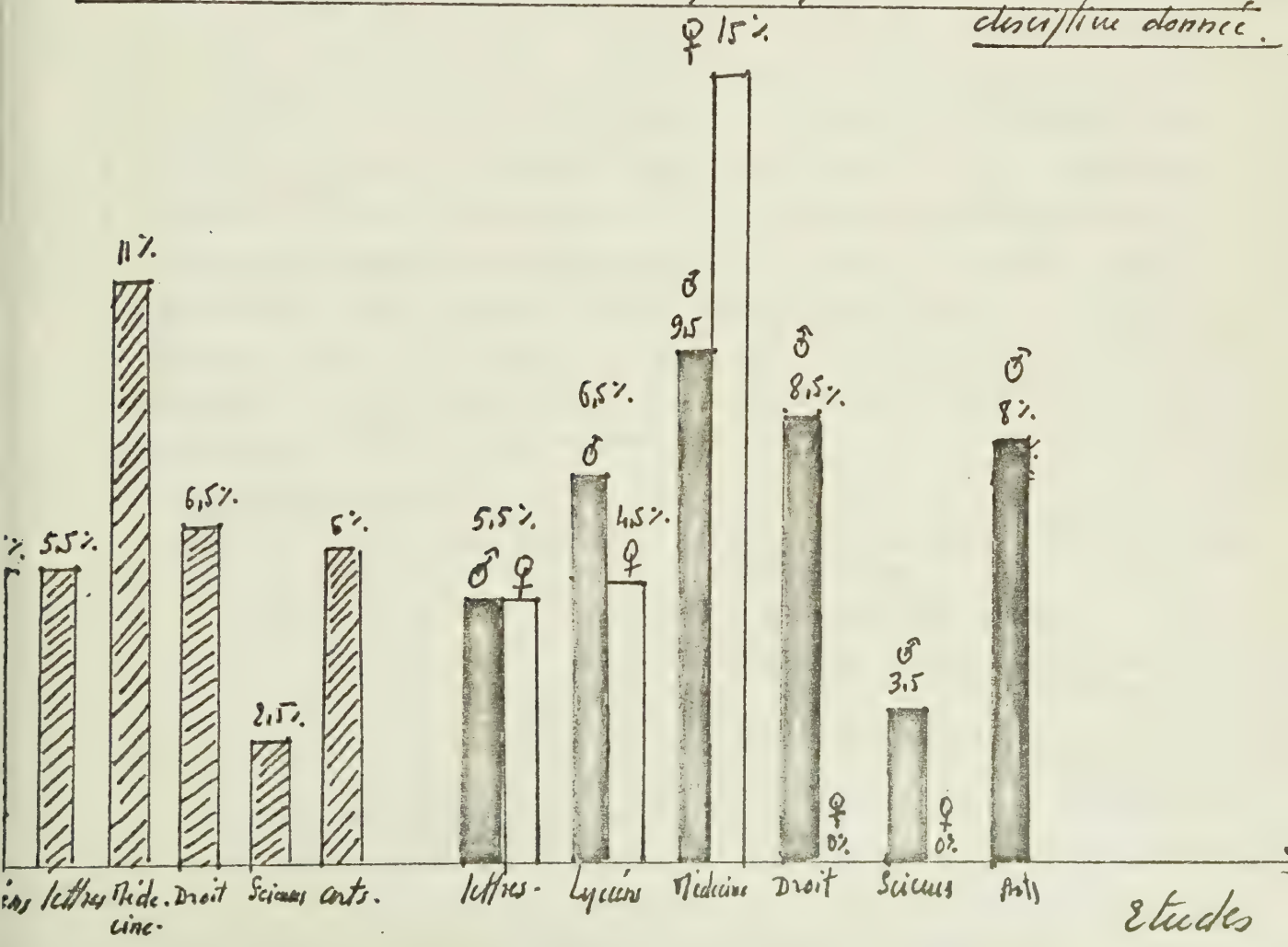


Diagramme du % de Suicides par rap^t au nb. d'étudiants d'une
discipline donnée.





- Pour les Sciences : 2,5 % de suicides pour les 75 malades
avec 3,5 % des 55 garçons
aucune fille.
- Pour les Arts : 6 % des 16 étudiants malades
avec 12 % des 8 garçons morts de suicide
et aucune fille.
- A l'Ecole Normale : 25 % des 4 élèves
ce qui fait : 1 fille morte de suicide

Nous consignerons ces résultats sur les diagrammes de la page précédente qui nous montrent une forte proportion de suicides en Médecine, nettement supérieure à celle trouvée en Droit et en Arts, qui vient ensuite, et aucun suicide dans les disciplines para-médicales.

De plus, c'est le pourcentage de filles en Médecine qui se différencie nettement de celui des garçons et des autres disciplines, par son importance. Suivent les garçons en Médecine, en Droit et Arts ; les garçons et les filles se tuent autant, proportionnellement, en Lettres. A noter l'absence de suicide chez les filles en Arts et Sciences. Si l'on compare le pourcentage de tentatives de suicide à celui des suicides "réussis", l'on remarque l'importante disproportion des tentatives de suicides et/^{des} suicides chez toutes les filles de quelque discipline que ce soit, lycéennes ou étudiantes ; chez les garçons, la proportion de suicides est toujours nettement moins importante que celle de tentatives de suicide mais avec une bien moins grande différence ; c'est en Médecine et en Droit que le pourcentage de suicides sur celui des tentatives de suicides semble le plus grand : il est de 1/3 de suicides pour 2/3 de tentatives.

V - LES DIAGNOSTICS

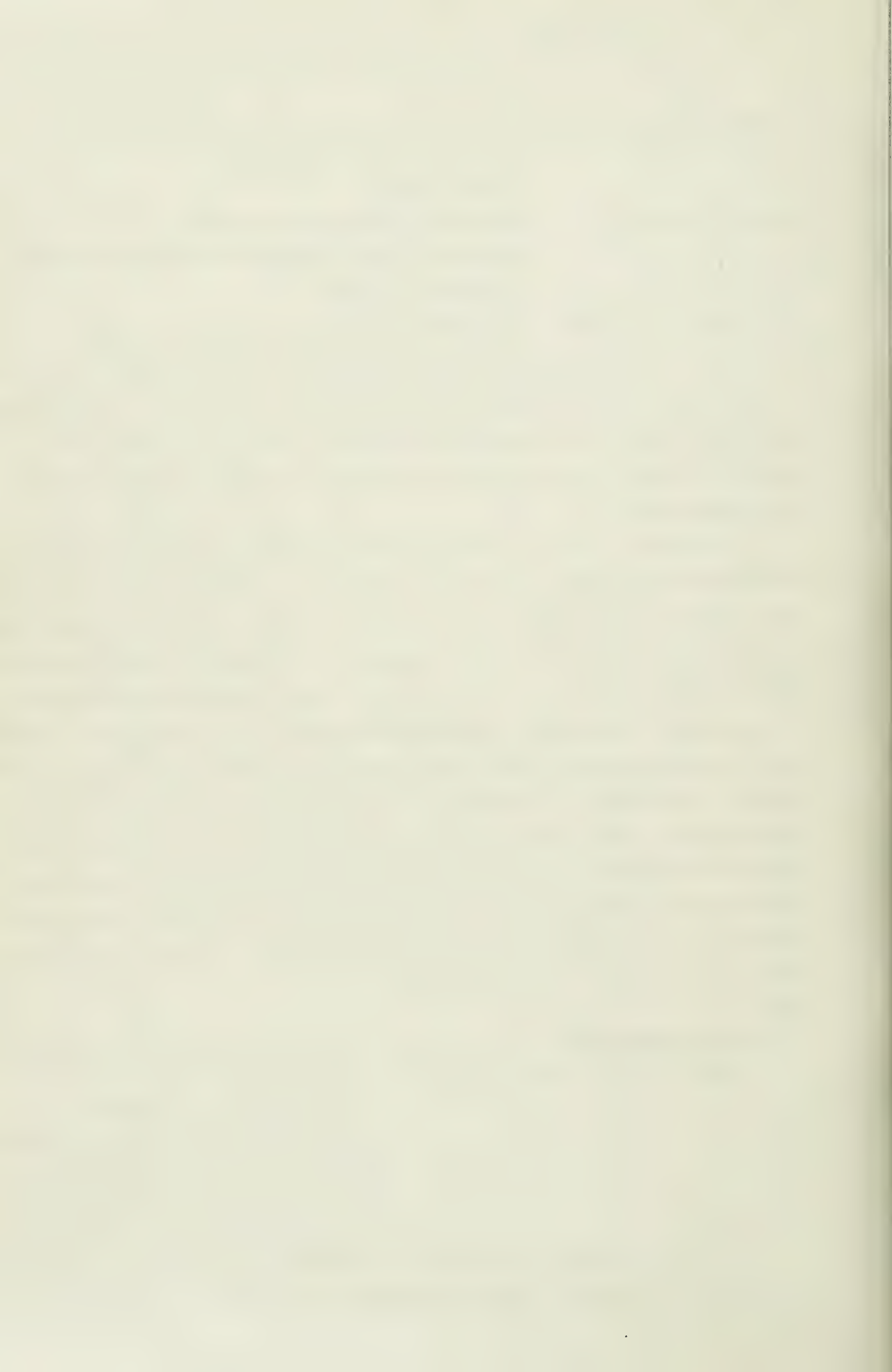
Sur les 26, nous comptons : 17 schizophrènes dont 12 garçons et 5 filles

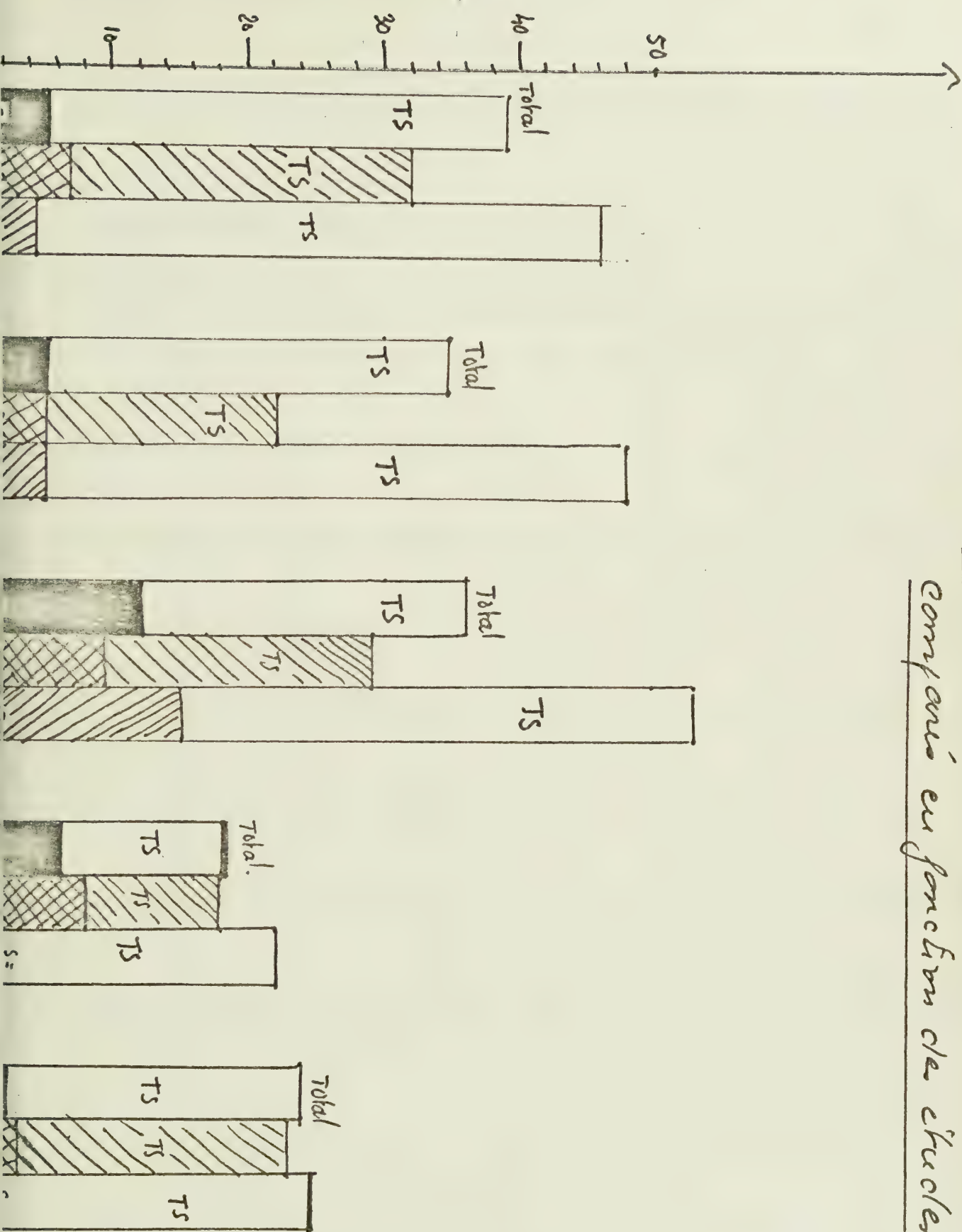
1 psychotique (fille)

5 border-line, dont 2 filles et 3 garçons

3 névrosés, dont 2 garçons et une fille.

Si nous mettons en relief le nombre de suicides en fonction du sexe, des études, du diagnostic, nous avons le tableau suivant :
./..





% de Tuitativas de Seuerios et de Seuerios
Compares en fonction de chucle.

SUICIDES-DECES en fonction des ETUDES, du DIAGNOSTIC et du SEXE

	SCHIZOPHRENES		PSYCHOTIQUES		BORDER-LINE		NEVROSES	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	2				1		1	
S	3	2				1	1	1
NE	3	1				1		
ES	2							
S	2	1		1	1			
					1			
ES		1						



D'emblée, on est frappé par la répartition des suicides : relativement nombreux chez les garçons schizophrènes en Médecine et en Lettres ; un peu moins nombreux chez les garçons étudiant les sciences et les lycéens schizophrènes, pratiquement absents chez les psychotiques, le seul étant une lycéenne ; on en retrouve quelques uns chez les border-line et chez les névrosés en Droit et en Lettres, avec autant de filles que de garçons, approximativement.

Si nous les reportons au nombre global de malades dans chaque catégorie diagnostique, en fonction des suicides, nous avons :

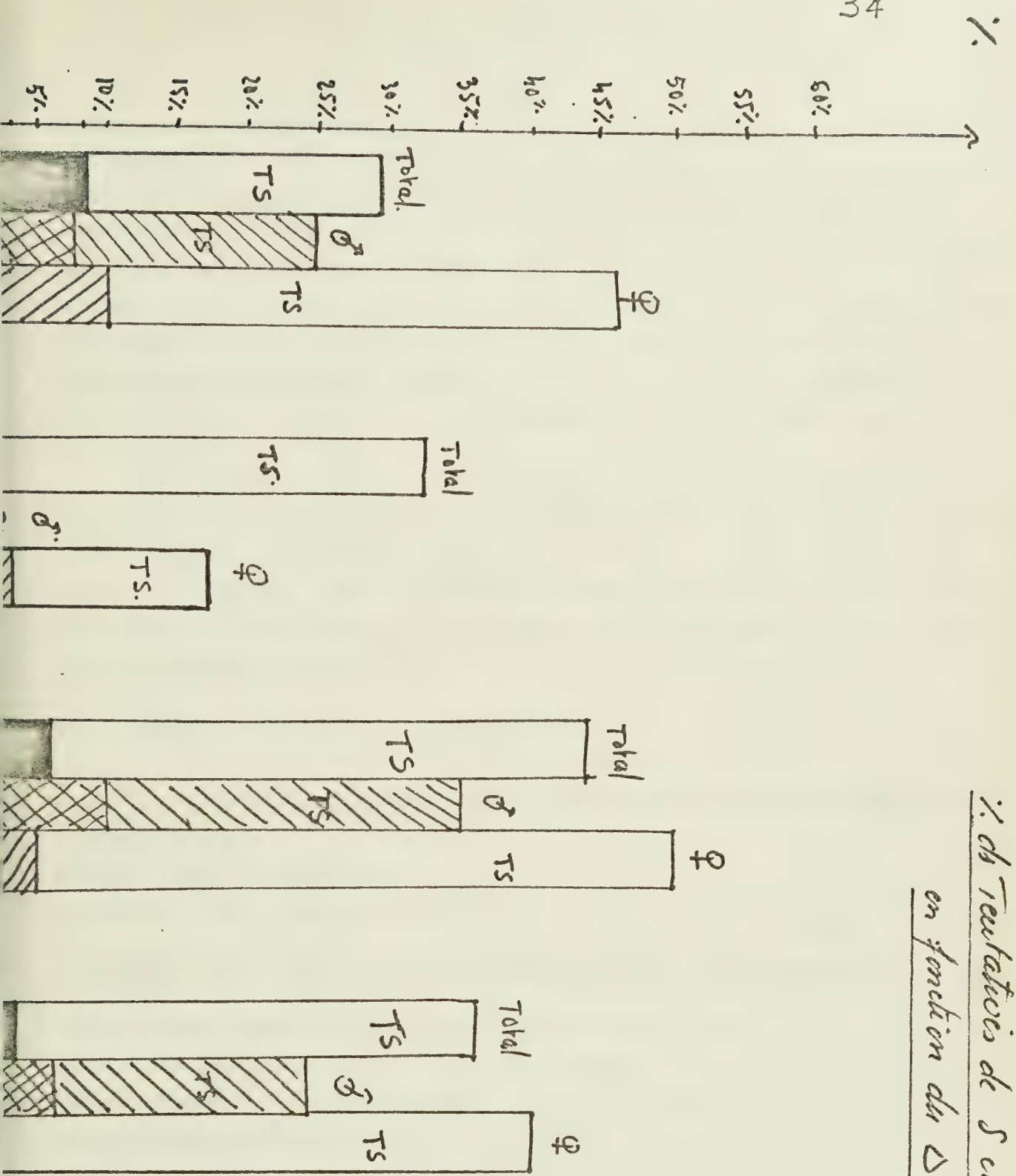
- environ 8 % de schizophrènes suicidés soit 17/205 schizophrènes hospitalisés dont 29 % de suicidaires
 - avec 7,5 % soit 12 garçons suicidés sur 155 garçons schizophrènes dont 24 % suicidaires
 - et 10 % soit 5 filles suicidées sur 50 filles schizophrènes dont 46 % suicidaires
- environ 1 % de psychotiques suicidés soit 1/87 psychotiques hospitalisés dont 32 % suicidaires
 - avec 3 % soit : 1 fille sur 36 suicidés dont 17 % suicidaires
- environ 7 % de border-line suicidés, soit 5/68 border-line hospitalisés dont 44 % suicidaires
 - avec 10 % soit 3 garçons sur 30, suicidés, dont 35 % suicidaires
 - et 5 % soit 2 filles suicidées sur 38 dont 50 % suicidaires
- environ 3,5 de névrosés suicidés, soit 3/85 névrosés hospitalisés dont 34 % de suicidaires
 - avec 6,5 % soit 2 garçons suicidés sur 30, dont 23 % sont suicidaires
 - et 2 % soit 1 fille suicidée sur 55, dont 40 % suicidaires

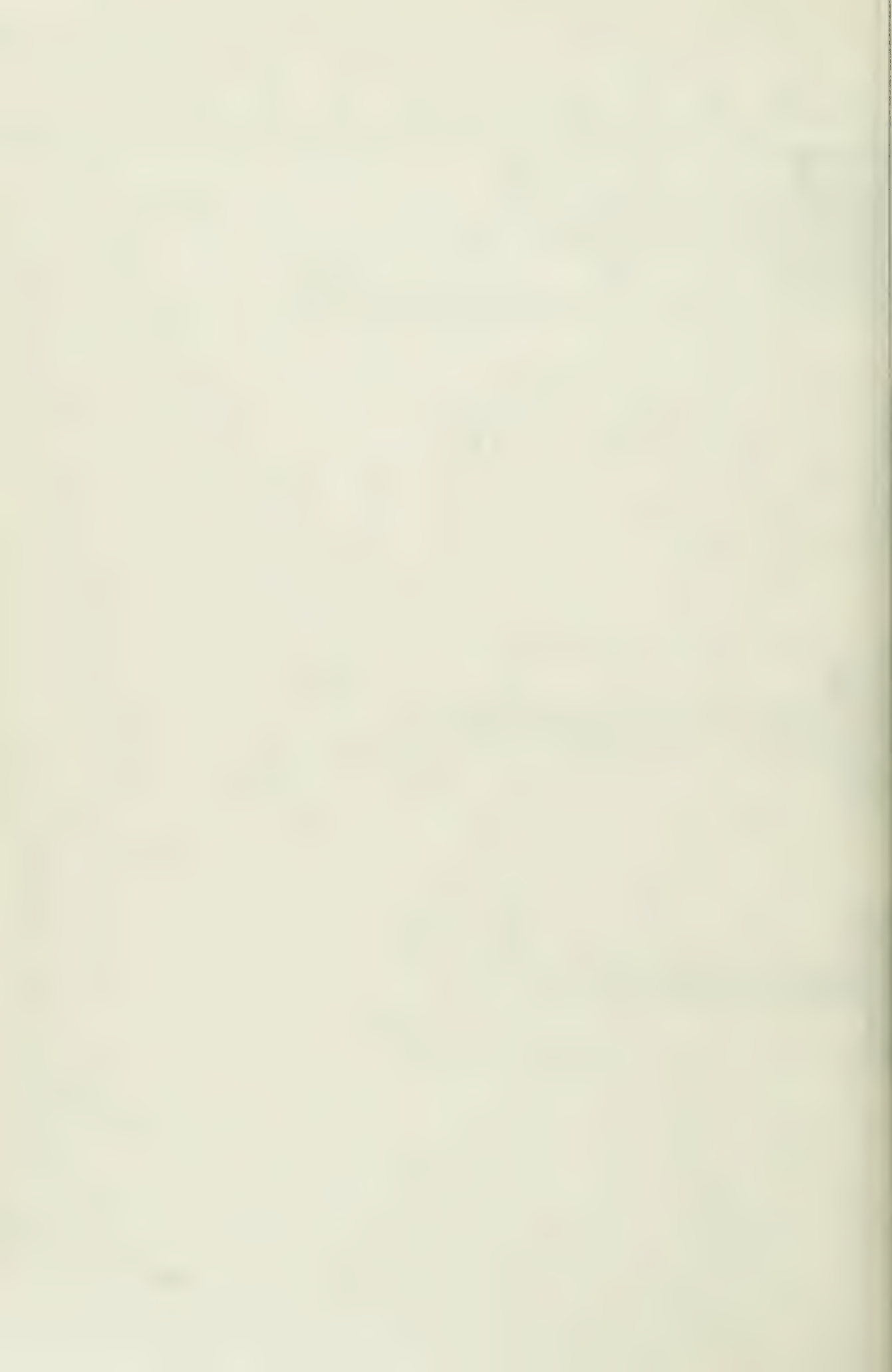
résultats que nous transcrivons sur le diagramme suivant qui met en évidence :

- l'important pourcentage de suicides chez les schizophrènes avec une proportion à peu près égale de filles et de garçons qui se tuent, alors que les conduites suicidaires sont beaucoup plus fréquentes chez les filles schizophrènes.
- le faible pourcentage de psychotiques qui se tuent, la seule étant une fille alors que le pourcentage total des tentatives de suicides est aussi élevé chez les psychotiques que chez les schizophrènes.



% de Tentatives de S u b de Suicides
en fonction du Diagnostic.





- chez les border-line ^{un} grand pourcentage de tentative de suicide nettement plus élevé que chez les schizophrènes et les psychotiques avec pourcentage de suicides à peine plus faible que chez les schizophrènes ; la proportion de garçons border-line qui se tuent est plus grande chez les garçons que chez les filles.
- chez les névrosés, le pourcentage de tentatives de suicide global est identique à celui des schizophrènes mais la proportion de suicides est nettement moindre. Par ailleurs, la proportion, en pourcentage, de garçons qui se suicident est plus grande que celle des filles.

En outre, il faut noter l'écrasante disproportion entre le nombre de tentatives de suicide et ^{celui} des suicides dans toutes catégories de diagnostics, plus nette chez les filles que chez les garçons alors que, hormis chez les schizophrènes, la proportion de garçons suicidés est supérieure à celle des filles suicidées (mise à part la seule psychotique).

VI - LE MILIEU FAMILIAL (les parents)

est presque toujours perturbé.

- tout d'abord étudions celui de ceux dont l'un ou les deux parents sont décédés

parmi les 26 observations :

2 garçons sont orphelins de père et de mère avant 14 ans (observations N° 3 et 12)

5 garçons et 1 fille sont orphelins de père (observations N° 4, 9, 14, 20, 23 et 25)

1 fille est orpheline de mère (observation N° 24)

donc 9 d'entre eux ont un ou deux parents morts, soit près d'un tiers

OBSERVATION N° 3 : Guy B. avait six mois quand il perdit sa mère d'une méningo-encéphalite ; son père, homme autoritaire, énergique et courageux mais "casse-cou", remarié quand il avait environ 5 ans, est décédé quelques années après, de mort violente ; il ne s'est pratiquement pas occupé de Guy qui fut confié à sa grand-mère maternelle fermière qui, seule pendant la guerre dans sa ferme, sans personne pour l'aider, laisse son petit-fils pratiquement abandonné à lui-même ; celui-ci garde cependant une admiration sans borne pour son père qu'il a vu trois à quatre fois dans sa petite enfance.



OBSERVATION N° 12 : Antoine G. perdit sa mère de tuberculose pulmonaire alors qu'il avait 10 ans, après une longue maladie, pendant laquelle ses enfants n'étaient pas autorisés à la voir sinon au travers d'une vitre ; Antoine l'avait beaucoup investie. Par ailleurs, il avait été placé vers 6 mois, pour une durée de 3 à 4 mois dans une crèche où il fut vraisemblablement plus ou moins délaissé. Son père, très sévère, lui faisait peur ; il est mort, foudroyé par une hémorragie cérébrale pendant qu'il nageait avec son fils alors âgé de 13 ans qui dut le ramener sur le rivage. Il sera ensuite élevé chez un oncle, assez durement.

Les malades de ces deux observations ont donc été abandonnés tôt dans l'existence, sans retrouver de milieu familial de remplacement valable.

Ce qui prédomine chez ceux qui ont perdu l'un des deux parents est l'absence d'identification possible, au père pour le garçon, à la mère pour la fille, sauf pour deux garçons qui semblent avoir gardé une image paternelle très idéalisée ; l'un est un névrosé obsessionnel, l'autre un border-line.

Voici un exemple illustrant ces constatations : Claire S. (N° 23), dont les parents avaient divorcé dans sa deuxième enfance ; chacun s'étant remarié de son côté, le père ayant mal accepté ce divorce se suicidera par pendaison quand Claire eut 14 ans. Celle-ci et sa soeur aînée iront vivre avec la mère, grande hystérique rejetante qui, voulant paraître plus jeune que son âge, faisait souvent passer ses deux aînées pour ses domestiques ; elle s'était remariée avec un homme très mal accepté par Claire et sa soeur mais, somme toute, assez chaleureux.

- Quant aux autres milieux familiaux, certains sont manifestement pathologiques, tel celui de Daniel (N° 7) dont la mère est maniaco-dépressive, et le père incapable d'avoir une relation réelle avec son fils.

Pour Gilberte (N° 18), la mère est une "fille-mère", autoritaire, froide, rigide et "bigote" ; le père, marié d'un autre côté ne s'est jamais occupé de cette enfant illégitime, même matériellement.



Quant à Joseph (N° 2), le père, alcoolique, et la mère, laisseront leur enfant âgé alors de 11 ans, d'abord avec une cousine de quelques années plus âgée, puis dès 13 ans, tout seul dans une maison à quelques kilomètres d'un lycée où il se rendait chaque jour.

- En dehors des anomalies caricaturales de ces onze familles, si l'on observe de plus près le milieu familial des autres, apparemment uni, nous nous apercevons alors très souvent :

ou bien que le milieu familial est froid, rejetant, comme celui des observations de Philippe (N° 1) qui eut d'ailleurs une soeur schizophrène et Denis (N° 5), où seules les études sont un centre d'intérêt pour les parents ; Charles (N° 13) où les parents, tous deux autoritaires et froids, se disputent sans cesse, allant souvent presque jusqu'à la rupture ; le N° 21, Etienne, où il n'existe pas d'échange entre parents et enfants.

ou bien que le père est très falot ou parfois pervers, avec une mère autoritaire ; ainsi en est-il pour Jacqueline (N° 8), Nadia (N° 10), Monique H. (N° 11), Hélène (N° 15), Philippe (N° 17), Monique S. (N° 22).

Nous prendrons comme exemple Nadia (N° 10) qui est issue d'un père particulièrement faible, avec tendances perverses : fétichisme conduites incestueuses avec attachement plus particulier à Nadia qu'à sa soeur aînée, et d'une mère qui présente de nombreux traits hystériques : crise de nerfs, conduites de chantage avec menaces de suicide.

ou bien, le père est rigide et écrasant et la mère trop proche au contraire, catégorie dont relève Robert (N° 16).

- On ne retrouve rien de très saillant dans deux familles seulement (observations N° 6 et 26).

Au total, même parmi les familles qui semblent unies de prime abord, on retrouve, généralement, d'importantes anomalies.

VII - LA PHRATRIE

- seulement deux malades sont fils uniques
- 9 sont les aînés de 2, 3 ou 4 enfants
- 8 sont les derniers de 2, 3 ou 6 enfants

- 7 sont au milieu : 3 = 2ème de 3 ou 4 enfants
4 = 3ème de 5 à 8 enfants

Il ne semble pas qu'il y ait ici une nette prédominance, ni de fils unique, ni de derniers nés, ni d'aînés.

VIII - PROFESSION DU PERE

Nous retrouverons dans chaque catégorie citée ci-dessous :

- parmi les professions libérales, fonctionnaires et industrielles : 4
- parmi les professeurs : 2
- parmi les commerçants : 3
- parmi les employés et personnels supérieurs qualifiés : 6
- parmi les employés de seconde classe : 2
- parmi les ouvriers, artisans et agriculteurs : 4
- dans l'Armée : 2, dont un médecin militaire
- parmi les artistes : 1

Il est à remarquer que le nombre de familles de milieu "aisé" n'est pas très élevé, proportionnellement aux chiffres habituellement avancés sur les statistiques relevant les professions des parents d'étudiants. La nette différence de niveau culturel entre l'étudiant et son milieu parental a-t-elle joué un certain rôle, favorisant par les difficultés inhérentes qu'elle crée, la genèse des troubles psychiatriques chez ces jeunes malades ? Ce fait ne pouvant bien sûr nullement être considéré comme cause, compte tenu que, de nombreux étudiants, issus de milieux familiaux pauvres n'ont jamais présenté aucun trouble psychique apparent.

IX - ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX

8 parmi les 26 observations comportent des antécédents psychiatriques parmi les ascendants ou collatéraux.

- 3 dont 2 filles et 1 garçon ont un père alcoolique: N° 22, 2, 24
- 1 mère de garçon est maniaco-dépressive : N° 7
- 1 mère/^{est}sous neurologiques : Monique, N° 22
- 1'une est issue d'une mère hystérique et d'un père pervers: N° 10

- l'un a une soeur schizophrène qui s'est suicidée : N° 1
- l'autre a une soeur ayant fait des états dépressifs sévères avec une T.S. par défenestration : N° 3
- un autre a un demi-frère psychopathe : N° 4

Monique N° 22 présente des antécédents psychiatriques relativement chargés : non seulement son père est alcoolique, sa mère sous traitement neuroleptique, sans que l'on connaisse la cause exacte ; mais de plus, elle a une tante paternelle schizophrène et un grand-père paternel vraisemblablement psychotique sinon schizophrène.

Anne-Marie N° 24 possède, outre un père alcoolique, une demi-soeur présentant des troubles psychopathiques.

Nous remarquons la fréquence de l'alcoolisme.

X - SEPARATION DE PLUS DE SIX MOIS DU MILIEU FAMILIAL DANS L'ENFANCE

Si nous recherchons lesquels de ces jeunes malades ont dû en être séparés, dans l'enfance, pour une durée relativement longue, nous en comptons 11 sur 26, soit presque la moitié ; pourcentage appréciable.

tantôt la séparation eut lieu dans la prime enfance : dans 7 cas :

- Observation N° 12 : où l'enfant fut mise dans une crèche à l'âge de six mois jusqu'à neuf à dix mois ; à son retour au foyer, il deviendra coléreux se frappant souvent la tête contre terre.
- Observation N° 3 : cf plus haut.
- Observation N° 4 : Patrick passa sa première enfance, ballotté entre diverses pouponnières, puis de 3 à 6 ans, chez divers amis.
- Observation N° 15 : Hélène, laissée de sa naissance jusqu'à 3 ans chez sa grand-mère paternelle, les parents vivant à l'étranger, refusera ensuite pendant longtemps tout contact avec sa mère, avec d'importantes manifestations caractérielles.
- Observation N° 18 : Gilberte, mise en nourrice avec son frère, pendant la petite enfance, puis confiée à une grand-mère et une tante qui l'ont élevée avec tendresse et compréhension. Vers 12-13 ans, elle fut reprise par la mère ; sont survenues alors des troubles caractériels importants avec vive opposition à celle-ci.
- Observation N° 20 : séparation d'avec la mère vers un an, remplacée par la soeur aînée qui partira ensuite en déportation, quand Christian aura 9 ans.



- Observation N° 24 : Anne-Marie fut confiée dès la naissance à divers membres de la famille, sa mère étant malade et décédée quand elle eut 3 ans ; puis à un oncle et une tante qui essayèrent tant bien que mal de recréer un milieu familial, son père ne s'en étant jamais occupée. Elle ira ensuite tantôt dans un internat, tantôt en sanatorium lors d'une tuberculose pulmonaire.

tantôt la séparation surviendra entre 6 et 14 ans

Ce fut le cas pour 4 d'entre eux :

- Observation N° 2 : citée plus haut à propos du milieu familial

- Observation N° 7 : Daniel qui, avec sa soeur, a fui le milieu familial où le père les battait violemment, pour aller vivre chez un oncle, en l'absence de la mère hospitalisée en milieu psychiatrique.

- Observation N° 6 : Gérard qui vivra un tel syndrome persécutif vers 7-8 ans en milieu familial, que ses parents durent le confier momentanément à sa grand-mère.

- Observation N° 23 : Claire fut séparée de son père pour aller vivre avec sa soeur et sa mère, remariée, qui eut ensuite plusieurs autres enfants.

Au total, que ce soit l'étude des parents, les antécédents psychiatriques familiaux, la séparation du foyer parental, tous ces facteurs contribuent à montrer combien le milieu familial de ces malades était peu solide et peu sécurisant.

Soulignons en particulier la carence paternelle :

- 7 fois sur 26, nous retrouvons un père particulièrement faible, souvent alcoolique, ne pouvant en aucune façon être représentant d'une autorité ou d'une protection (observations N° 2 - 7 - 8 - 10 - 17 - 22 et 24).

- 5 fois sur 26, un père totalement absent depuis la petite enfance du malade, soit de par sa démission vis-à-vis de l'enfant qu'il laisse totalement à la charge d'une autre personne, soit chez l'un d'eux, dans la mesure où alors qu'il était décédé quand l'enfant n'avait que quinze mois, sa mère, remariée, ne lui a jamais parlé de son père (observations N° 3 - 4 - 18 - 19 et 23).

- 7 fois sur 26, le père est décédé soit avant l'adolescence de l'enfant - Patrick (N° 4), Christian (N° 20), Attiléo (N° 25)

soit au moment de son adolescence -

François (N° 9), Antoine (N° 12), Jean-François (N° 14) et Claire (N° 23).

Au total, en conséquence, se fait jour une importante carence du père pour 17 d'entre eux, soit 65 % ou les 3/4 de ces jeunes décédés de suicide.

XI - LA TRANSPLANTATION PENDANT LES ETUDES

1) Certains n'ont pas été du tout transplantés, il s'agit des observations N° 1 - 5 - 7 - 9 - 10 - 11 - 13 - 14 - 19 - 20 - 21-22

2) D'autres l'ont été pendant l'enseignement secondaire soit en raison de déplacements familiaux, soit en vue de les mettre en internat ; ce sont ceux des observations 3 - 6 - 15 - 24 et 25.

3) 10 d'entre eux ont dû, après le baccalauréat, pour effectuer leurs études supérieures, changer de domicile et de ville, ce qui additionnait un changement de méthode de travail, un mode de vie différent et un dépaysement, avec souvent, interruption de toutes les relations établies antérieurement. Ce sont les malades des observations 2 - 3 - 4 - 8 - 12 - 16 - 17 - 18 - 23 et 24. Certains d'entre eux d'ailleurs, au nombre de 4, ont fait leur décompensation brutale au cours de cette adaptation à une nouvelle vie. Ce fut le cas des exemples suivants :

- Patrick B. N° 4 : parti à Strasbourg pour le P C B afin de s'éloigner de son milieu familial avec lequel les relations étaient plus ou moins tendues, il se décompensera là-bas sur un mode dépressif avec sentiment d'hostilité de l'entourage, isolement et repli, insomnies, apragmatisme, dès le mois d'Octobre, et repartira à Grenoble où habitait sa famille, pour s'inscrire en C P E M. Il verra seulement alors un neuro-psychiatre.

- de même Jacqueline D. N° 8 : qui, originaire de Bayonne, ayant fait une propédeutique à Bordeaux, d'une façon d'ailleurs très fantaisiste, se décompensera sur un mode délirant, à la fin de la première année scolaire passée à Paris où elle s'est inscrite en 1ère année de Littérature, vivant dans une chambre seule.



- Antoine J., N° 12 : sur un mode dépressif.
- Claire S., N° 23 : sur un mode hystérique avec manifestations de conversion nombreuses, vomissements, spasmes, paralysies; à la fin d'une année scolaire passée seule dans une chambre, à Montpellier, où elle venait d'effectuer une année plus ou moins factice de P.C.B.

Dans ces 4 exemples peut-être la transplantation est-elle entrée parmi les circonstances favorisant la survenue de troubles psychologiques de par les difficultés supplémentaires qu'elle oblige à surmonter. De même, nous remarquons souvent des décompensations au moment de la simple entrée en Faculté à Paris.

XII - MOYENS UTILISES POUR SE DONNER LA MORT CHEZ L'ENSEMBLE DES SUICIDES DECEDES.

- 1) - 13 suicidés par médicaments dont)
 9 garçons et 4 filles)
 - 1 suicidé par médicaments + gaz :) 16 où le médicament est
 un garçon) utilisé seul ou en asso-
 - 1 suicidé par médicaments +) ciation avec un autre
 alcool : un garçon) procédé.
 - 1 suicidé par médicaments +)
 pendaison : une fille)
 - 5 par précipitation dans le vide ou sous un moyen de trans-
 port dont trois garçons et deux filles.
 - 2 par substances toxiques, l'un par cyanure de potassium :
 un garçon, et l'autre de l'acide sulfurique : une fille.
 - 1 suicidé par balle : un garçon
 - 2 suicidés par noyade : un garçon et une fille.

2) Etudes de ces moyens en fonction des études. Nous avons :

- 5 lycéens : 3 garçons et 2 filles) 2 garçons et 1 fille = 3
 dont :) suicidés par précipitation
) dans le vide, sous le métro
) ou sous un train
) 1 fille suicidée par médi-
) caments
) 1 garçon suicidé par médi-
) caments + alcool

- 8 étudiants en Lettres : 4 garçons et 4 filles, dont
 -) 4 garçons et 2 filles = 6 suicidés par médicaments
 -) 1 fille suicidée par toxiques (H2504)
 -) 1 fille suicidée par précipitation des tours de Notre-Dame
- 4 étudiants en Droit : 4 garçons dont
 -) 1 suicidé par médicament
 -) 1 suicidé par médicament + gaz
 -) 1 suicidé par noyade
 -) 1 suicidé par balle
- 5 étudiants en Médecine : 3 garçons et 2 filles, dont
 -) 2 garçons et 1 fille suicidés par médicaments
 -) 1 fille suicidée par médicaments + pendaison
 -) 1 garçon suicidé par précipitation d'un 7ème étage
- 2 étudiants en Sciences dont
 -) 1 s'est suicidé par médicaments
 -) 1 s'est suicidé avec un toxique (CNK)
- 1 étudiant en Arts : un garçon) suicidé par médicaments
- 1 étudiante à l'Ecole Normale d'Institutrice) suicidée par noyade

Nous noterons la relative fréquence de la précipitation chez les lycéens (3 sur 5), l'autre moyen étant les médicaments.

le gros pourcentage des étudiants en Lettres qui utilisent le médicament (6 sur 8), et, en Médecine (4 sur 5) ; peut-être pour ces derniers est-ce favorisé par la facilité d'acquérir des échantillons.

la variété des moyens employés en Droit ;

de plus, un étudiant et une étudiante, travaillant dans un laboratoire, ont tous deux avalé une substance toxique qu'ils étaient en train de manipuler; il semble qu'ils aient alors pris ce qui était directement à leur portée au moment même de leur passage à l'acte suicidaire.

./..

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENS DE SUICIDE EN FONCTION DES ETUDES

DES

	Médicaments	Médicament associé	Toxique	Noyade	Précipi- tation	Balle
NS	Fille = 1 suicide	Garçon = 1 suicide			Garçons = 2 suicides Fille = 1 suicide	
CS	Garçons = 4 suicides Filles = 2 suicides		Fille = 1 suicide		Fille = 1 suicide	
NE	Garçons = 2 suicides Fille = 1 suicide	Fille = 1 suicide			Garçon = 1 suicide	
ES	Garçon = 1 suicide		Garçon = 1 suicide			
	Garçon = 1 suicide	Garçon = 1 suicide		Garçon = 1 suicide		Garçon = 1 sui- cide
	Garçon = 1 suicide					
E I- ES				Fille = 1 suicide		

TABLEAU COMPARATIF DES MOYENS DE SUICIDE EN FONCTION DU DIAGNOSTIC

MOYENS

	SCHIZOPHRENES	PSYCHOTIQUES	BORDER-LINE	NEVROSES
MENTS	Garçons = 6 suicides Filles = 2 suicide	Fille = 1 suicide	Garçons = 2 suicides	Garçon = 1 suicide Fille = 1 suicide
MENTS	Fille = 1 suicide			
MENTS OL			Garçon = 1 suicide	
MENTS NGULATION			Fille = 1 suicide	
ES	Garçon = 1 suicide		Fille = 1 suicide	
	Fille = 1 suicide			Garçon = 1 suicide
ITATION	Garçons = 3 suicides Filles = 2 suicides			
	Fille = 1 suicide			



3) De même si nous relevons les moyens utilisés suivant le diagnostic posé :

- 17 Schizophrènes : 12 garçons 5 filles, dont	) 6 garçons et 2 filles = 8 suicidés par médicaments 1 garçon suicidé par médicaments + gaz 1 garçon suicidé par toxiques (CNK) 1 fille suicidée par noyade 3 garçons et 2 filles = 5 suicidés par précipitation dans le vide, sous le métro ou un train 1 garçon suicidé par balle
- 1 psychotique : 1 fille	) suicidée par médicaments
- 5 border-line : 3 garçons 2 filles, dont	) 2 garçons suicidés par médicaments 1 garçon suicidé par médicaments + alcool 1 fille suicidée par médicaments + strangulation 1 fille suicidée par toxiques (H ₂ SO ₄)
- 3 névrosés : 2 garçons 1 fille, dont	) 1 garçon et 1 fille = 2 suicidés par médicaments 1 garçon suicidé par noyade

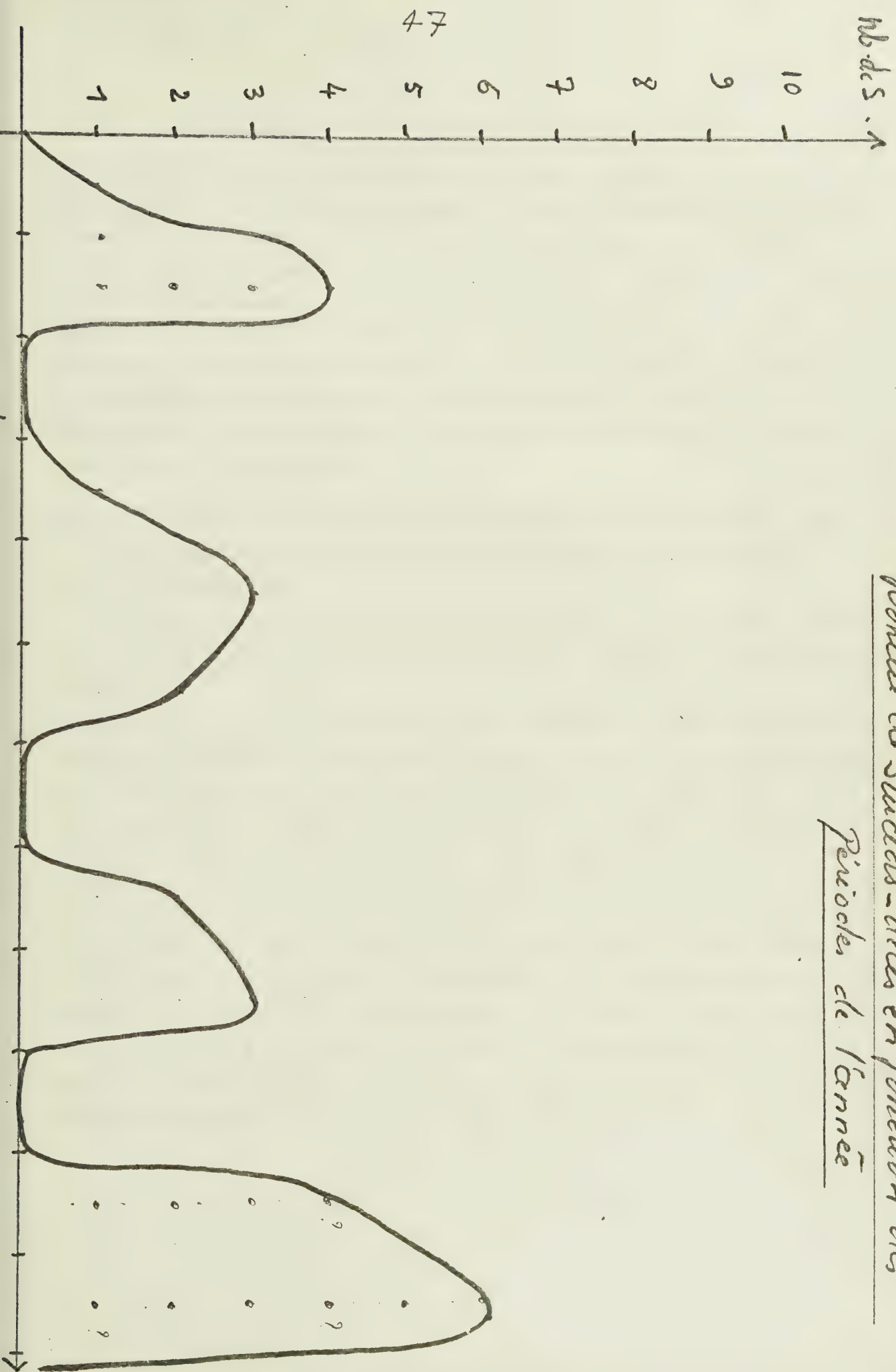
Ainsi, parmi les schizophrènes, nous retrouvons tous ceux qui se sont tués par précipitation dans le vide, sous le métro ou sous un train, et celui qui est mort par balle, c'est-à-dire ceux qui ont choisi des moyens particulièrement violents.

Parmi les border-line et psychotiques, nous remarquons essentiellement l'utilisation des médicaments à part une noyade, une strangulation associée à des médicaments et un suicide très agressif à l'acide sulfurique chez une fille.

En outre, ce sont relativement un peu plus souvent, les garçons qui ont employé les moyens les plus violents. (cf. tableau à la page précédente).



Année de Suicides - d'ici en fonction de
Période de l'année



XIII - PERIODE DE L'ANNEE OU EST SURVENU LE SUICIDE

Précisons tout d'abord que la date de décès de trois d'entre eux n'est qu'approximative. Par ailleurs, si nous consultons la courbe de la page précédente, nous voyons que les étudiants considérés se suicident essentiellement à 4 périodes de l'année : soit au printemps, soit à la fin de l'année scolaire (c'est-à-dire au début de l'été) au moment des examens, soit à la rentrée scolaire, en Septembre-Octobre, ou bien au moment des fêtes de fin d'année où, au moins 7 sur 26 sont décédés entre la mi-décembre et la mi-janvier, c'est-à-dire un peu plus du quart, dont 3, le jour de Noël.

XIV - HISTOIRE DE LA MALADIE ESSENTIELLEMENT EN FONCTION DES TROUBLES AU COURS DESQUELS SURVIENNENT LES CONDUITES SUICIDAIRES.

a) les troubles pseudo-psychopathiques, qui ne sont, en fait ici, qu'un épiphénomène parmi les autres manifestations psychologiques.

- Nombreux sont les auteurs, depuis Durkheim, qui relie la délinquance et suicide, tous deux fonction de facteurs psychologiques et sociologiques; l'un et l'autre traduisant l'agressivité et l'impulsivité ; mais, bien que tous les adolescents aient une tendance nette à passer à l'acte, peu commettent de délits et très peu, d'acte d'auto-destruction, et l'on peut dire seulement (cf André Haim "Les suicides d'adolescents") que la tendance à l'agi chez le jeune favorise vraisemblablement l'acte suicide.

- Or, parmi les étudiants considérés ici, nous remarquons le faible pourcentage de psychopathes (3 garçons et une fille) pour 453, soit 0,8 % ; celui-ci est dû, vraisemblablement en majeure partie, à la sélection effectuée à l'entrée, compte tenu du type d'établissement où ces malades sont hospitalisés.



- Par contre, nous retrouvons souvent des troubles qui évoquent ceux de la série psychopathique : vols, fugues, prostitution, homosexualité, manifestations caractérielles, toxicomanie... chez des jeunes dont c'est le mode d'entrée dans une maladie psychiatrique; celle-ci s'avérant souvent être une schizophrénie, une psychose, ou un état border-line par la suite. Ainsi, sur 26 suicides consommés, 7 présentent d'importants troubles du comportement de ce type; ce sont les étudiants des observations N° 5 - 10 - 11 - 15 - 22 - 24 et 26, dont 2 sont lycéens, 3 étudiants en Lettres, 1 à l'Ecole Normale d'Institutrices et 1'autre en Médecine ; l'âge varie de 17 : 1 lycéenne, à 30 ans : 1 étudiante en Lettres, avec 1 malade âgé de 18, 1 de 19, 1 de 20, et 2 de 21.

Ainsi Denis B, N° 5, garçon de 18 ans, schizophrène-hébéphrène qui a présenté dès l'enfance, d'importants troubles caractériels en milieu familial, avec isolement et repli quasi autistique ; il il ~~fuguera~~ à de nombreuses reprises soit des établissements scolaires, soit des centres médicaux où il fut hospitalisé, pour des motifs absurdes, souvent évoqués d'une manière floue ; il effectuera par ailleurs plusieurs vols discordants lors d'une fugue pathologique.

Nadia G, N° 10, fille de 21 ans, schizophrène-héboïdophrène, qui manifestera dès 10-11 ans de gros troubles du caractère, des manifestations hystériformes : tremblements, évanouissements spectaculaires avec petits vols, mensonges, fabulation, homosexualité, sans alors, de passage à l'acte ; refus de féminité; troubles qui vont en s'accentuant durant l'adolescence, jusqu'à constituer un tableau de déséquilibre psychique :

à 16 ans : homosexualité, tout d'abord, passage à l'acte sur sa soeur puis, nombreuses autres expériences homosexuelles au cours desquelles Nadia avait toujours le rôle actif de l'élément mâle qui lui donnait un sentiment de toute puissance ; puis, par vengeance, après une déception amoureuse avec une camarade plus âgée qu'elle, Nadia se met à se prostituer avec des hommes rencontrés dans la rue, dont le premier avait 45 ans : "c'était comme une drogue,

comme si je fumais une cigarette" dira-t-elle "je couchais pour me libérer, pour m'affirmer, je ne pouvais coucher qu'avec des types dont je me foutais".

attitudes perverses et incestueuses vis à vis du père qui venait la regarder dans son bain, lui caresser les pieds, la suppliant de le laisser lui mettre ses pantoufles ; se promenant tout nu devant ses filles ; conduite qui, à la fois flattait Nadia, excitait sa curiosité, tout en provoquant chez elle une gêne et une angoisse intenses.

durant toute l'adolescence, conduites toxicomaniaques, d'abord avec des médicaments dérobés dans la pharmacie maternelle, puis avec de l'éther ; ensuite, vers 16 ans avec du hachich lors d'un voyage en Israël, "pour se sentir intensément" nous a-t-elle expliqué, mais sans jamais en être arrivée, semble-t-il, à un réel état de besoin.

Ces troubles constitueront progressivement un véritable tableau de psychopathie mais avec de plus, bizarreries du comportement et nombreuses autres manifestations qui nous feront ranger cette malade parmi les schizophrènes.

Monique M, N° 11, âgée de 21 ans, schizophrène-hébéphrène, chez qui nous retrouvons : vols, troubles du caractère, toxicomanie médicamenteuse.

Hélène L, N° 15, âgée de 17 ans, schizophrène-héboïdophrène, qui présente de nombreuses manifestations caractérielles ; instabilité, fugues, relation sado-masochiste avec le père, vols aux parents et en dehors du milieu familial, indiscipline et désinsertion scolaire, importante agressivité, bizarreries du comportement, toxicomanies diverses : éther, hachich, LSD, "pour calmer ses épouvantables angoisses" dit-elle ; vie marginale en clocharde vers la fin de sa vie.

Monique S, N° 22, âgée de 20 ans, schizophrène, chez qui l'on retrouve : de gros troubles du caractère avec crises clastiques de survenue brutale, nombreux vols divers, relations sado-masochistes avec les hommes, relations homosexuelles avec pratiques physiques mais très culpabilisées, toxicomanie.

Anne-Marie T. N° 24, âgée de 30 ans, border-line, chez qui l'on voit : des troubles du caractère dès l'enfance, une immense agressivité, une homosexualité sans pratique physique semble-t-il, des vols, une intoxication alcoolique par périodes, en relation avec l'alcoolisme paternel.

Catherine W. N° 26, âgée de 19 ans, psychotique, qui présentait des troubles du comportement avec manifestations caractérielles, errances fugues, vie marginale, agressivité.

On remarque, au total, de nombreux éléments d'un déséquilibre psychique : conduites perverses, sado-masochisme, homosexualité, prostitution, vols, toxicomanies, troubles du caractère, fugues et crises clastiques. Mais le contexte psychopathologique nous oriente vers un tout autre diagnostic que celui de psychopathie ; en effet, nous nous retrouvons 5 fois sur 7 devant un tableau schizophrénique avec symptomatologie de déséquilibre psychique ; quant aux deux autres malades restants, il s'agit d'une psychotique et d'une border-line.

Ainsi, nous constatons :

- des troubles du caractère chez les 7 malades
- des manifestations agressives clastiques chez 4 d'entre eux
- des vols chez 5 d'entre eux
- des fugues chez 3 d'entre eux
- des perturbations importantes, des relations sexuelles avec le plus généralement, total désinvestissement de l'autre; homosexualité chez 4 d'entre eux
- une toxicomanie chez 5 d'entre eux, soit aux drogues halucinogènes, hachich... éther, soit avec des médicaments.

Nous soulignons l'important pourcentage de filles, par rapport à celui des garçons, puisque nous trouvons 6 filles pour 1 garçon seulement, alors que l'ensemble des malades suicidés est constitué de 17 garçons et 9 filles. Ainsi, les deux tiers des filles présentent un certain nombre d'éléments de déséquilibre psychique tandis qu'un seul des 17 garçons en possède.

b) conduites suicidaires n'ayant pas entraîné la mort1) Nombre de malades

17 parmi les 26 malades ont eu des conduites suicidaires avant de "réussir" leur suicide, 8 n'en ont jamais eues à notre connaissance; c'est-à-dire que les 2/3 des étudiants suicidés ont eu des passages à l'acte suicidaire avant leur décès. Par ailleurs, si l'on rapproche troubles psychopathiques et tentatives de suicide, il est intéressant de remarquer que tous ceux qui ont eu des éléments d'un déséquilibre psychique ont également fait une ou plusieurs tentatives de suicide. De plus, si l'on ajoute ces 17 malades qui ont eu des conduites d'auto-destruction avant leur mort, aux 122 ayant fait des tentatives de suicide sans décéder par la suite, nous avons alors $122 + 17 = 135$ tentatives de suicide sur les 453 étudiants hospitalisés, soit 30 % du total des malades ayant eu des passages à l'acte suicidaires n'ayant pas entraîné la mort.

2) Le sexe des 17 malades ayant eu des conduites suicidaires avant leur mort

9 garçons et 8 filles ont tenté au moins une fois de se tuer, c'est-à-dire 9 garçons parmi les 17 garçons morts de suicide, donc environ la moitié ; et, par contre, 8 filles sur les 9 filles mortes de suicide ; ainsi une seule fille n'a pas eu de conduite auto-destructrices avant de "réussir" son suicide.

3) Les études de ces 17 étudiants

- 5 d'entre eux sont en Lettres sur 17, alors qu'au total 8 étudiants en Lettres sont morts de suicide
 - 4 sont en Médecine, sur les 17, alors qu'au total 5 étudiants en Médecine sont morts de suicide
 - 3 sont lycéens, sur 17, alors qu'au total 5 lycéens sont morts de suicide
 - 2 sont en Droit, sur 17, alors qu'au total 4 étudiants en Droit sont morts de suicide
 - 1 est étudiant en Sciences, sur les 17, alors qu'au total 2 étudiants en Sciences sont morts de suicide
 - 1 est étudiant en Arts, sur les 17, c'est le seul qui soit mort de suicide
 - 1 est à l'Ecole Normale d'Institutrices, sur les 17, alors qu'au total, aucune n'est morte, à par elle, de suicide
- ./..



4) Les diagnostics de ces 17 malades

- 10 d'entre les 17, sont schizophrènes, alors qu'au total 17 schizophrènes sont décédés de suicide
- 1 d'entre les 17, est psychotique, 1 psychotique étant mort de suicide
- 5 d'entre les 17, sont border-line, alors qu'au total 5 border-line sont morts de suicide
- 1 d'entre les 17, est névrosé, alors qu'au total 3 névrosés sont décédés de suicide

On remarque que la totalité des border-line et plus de la moitié des schizophrènes, plus la seule psychotique, morts de suicide, ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide avant leur mort ; tandis qu'un tiers seulement des névrosés en ont effectué une.

5) Age lors de la première tentative de suicide

La répartition est assez disséminée :

12 ans	-	16	-	18	-	19	-	20	-	21	-	23	-	25	-	27	-	29	-	31	-	33	-	34
1 malade		1		4		1		1		1		1		2		1		1		1		1		1

avec cependant 4 malades sur 17 dont la première tentative remonte à l'âge de 18 ans et 2 malades à 25 ans.

En outre, si nous comparons l'âge de la première tentative de suicide à celui des autres tentatives de suicide de ces malades, et à celui de leur décès par suicide, nous avons, le plus souvent, relativement peu d'écart entre la première tentative de suicide et les suivantes ; le suicide étant consommé dans l'année même ou dans les quelques années suivantes (à noter que nous connaissons l'âge de la première tentative de suicide mais, pas exactement celui de toutes les tentatives de suicide ni leur nombre).

6) Le nombre de tentatives de suicide chez ces 17 malades suicidaires

Nous nous sommes attachés à connaître essentiellement s'il y avait eu ou non de passages à l'acte auto-destructeur avant les suicides-décès, le nombre de tentative de suicide en lui-même étant très approximatif ; cependant, nous en remarquons quelques

uns dont le nombre très élevé de tentatives de suicide grève la plupart des épisodes de décompensation psychiatrique, il s'agit du N° 12, Antoine, qui en fit une quinzaine avant de se tuer réellement, du N° 24, Anne-Marie, qui en fit au moins 6 et du N° 18, Gilberte, qui en fit environ une dizaine, tandis que 6 d'entre eux, n'en ont fait qu'une seule, et 9, entre 2 et 4.

7) Moyens employés chez ces 17 suicidaires (cf tableau ci-joint) :

- 16 ont employé au moins une fois les médicaments : 9 garçons et 7 filles
- 3 ont sectionné leurs veines plus ou moins profondément : 2 filles et un garçon
- 1 a utilisé une fois le gaz : 1 garçon
- 1 a utilisé la pendaison, avec apparition d'un sillon net de strangulation : 1 garçon
- 2 ont utilisé la noyade : 1 garçon et 1 fille
- 1 a utilisé le revolver : 1 garçon

moyens que l'on peut comparer à ceux utilisés par l'ensemble des suicidés décédés ; nous soulignerons le nombre important de tentatives de suicide et de suicidés par médicaments, et la forte proportion de précipitations dans le vide ou sous le métro et le train ayant entraîné la mort ;

l'absence de suicides réussis par phlébotomie ou gaz alors que certains ont tenté seulement de se tuer par ce procédé ;

l'absence ici de tentative de suicide par précipitation dans le vide ou sous un moyen de locomotion alors que nous en avons plusieurs dans la population étudiée mais qui ne sont pas décédés.

8) Nous citerons deux cas à la limite des conduites suicidaires

Le premier, Monique S. déjà citée parmi ceux qui ont fait une tentative de suicide, pour une intoxication médicamenteuse volontaire ; étudiante en Médecine de 3ème année, âgée de 22 ans, d'origine juive polonaise, elle vécut dans sa famille avec son père, homme faible, alcoolique ; sa mère dévorante par sa possessivité et très rejetante ; avec un frère de 5 ans plus âgés qu'elle et un cousin dont les parents étaient morts en déportation, âgé d'une dizaine d'années de plus qu'elle. Sa scolarité fut satisfaisante jusqu'à la deuxième année de Médecine, mais les troubles patents qui l'ont amenée à se faire hospitaliser dans la Maison Universitaire remontent à l'année du CPEM en 1963-1964, elle était alors à peine âgée de 18 ans. Outre ses difficultés d'insertion scolaire et de relation avec ses camarades filles, Monique commença alors à s'isoler, se replier ; passera par des phases dépressives avec vécu subdélirant : sentiment d'être observée dans le métro, que les gens la regardent pour la juger ; peur des regards ; avec l'impression d'être différente des autres et quelques idées auto-dépréciatives. De plus, ses relations avec son cousin, dénommé "frère aîné" et sa belle-soeur sont des plus ambivalentes et, deux ans plus tard, elle fit contre eux une violente crise clastique ; tout un tableau de déséquilibre psychique s'installa progressivement ; son humeur passera par des phases dépressives avec comportement à la limite de la conduite suicidaire, prenant une dose parfois relativement importante de barbituriques "pour dormir" nous a-t-elle dit. Monique était une jeune fille de physique agréable, typée ; le regard vif contrastant avec sa lenteur d'expression que pouvait peut-être expliquer alors son souci de précision. Le contact, à cette période, était de bonne qualité, on ne mettait en évidence ni délire, ni hallucinations, ni automatisme mental, pas de troubles du cours de la pensée, pas de signes de dissociation ; pas de troubles intellectuels malgré un blocage dans ses études,

qui cédera cependant à certaines périodes. Progressivement, alors que les troubles de la série psychopathique régressent, apparaît un syndrome dépressif plus évident, dont les motivations sont floues ; le contact se détériorera peu à peu et la malade deviendra souvent distante, impénétrable et lointaine ; la participation émotionnelle deviendra moins authentique avec survenue de raptus anxieux siné-matéria. La pensée est parfois un peu relâchée, les associations d'idées, plus laborieuses. Monique passera par des phases tantôt athymbormiques, tantôt dépressives ; au décours de l'une d'elles, en Octobre 1968, à l'âge de 22 ans, elle se disséquera soigneusement la région latérale gauche du cou avec une lame de rasoir, à la recherche nous a-t-elle dit... de la carotide ! Cette dissection minutieuse durera une heure et demie, jusqu'à l'apparition... de la veine jugulaire qu'elle regardera battre pendant quelques minutes avec, à la fois, envie et peur de la sectionner puis brusquement, ira prévenir l'infirmière de service. Tout en se dilacérant le cou, Monique éprouvait un vif sentiment d'angoisse à l'idée qu'elle avait, de même, envie de se mutiler les paupières, de se taillader pour s'abîmer et satisfaire une importante composante masochiste. A plusieurs reprises, par la suite, elle recommencera ses vivisections, mais à minima ; quelques mois après, ayant avalé un tube de Tofranil dans le but de se donner la mort, obsédée par les idées de suicide, elle se précipitera dans le quart d'heure suivant pour demander un lavage d'estomac. Elle sera transférée à Ste-Anne où elle restera quelques mois, avant de sortir vivre dans une chambre seule où elle décèdera en Mars 1970 d'une intoxication médicamenteuse volontaire.

Cette dissection du cou peut-elle être considérée comme une simple auto-mutilation schizophrénique, ou bien est-elle un équivalent de conduite suicidaire ?

Dans un contexte fort différent, une autre malade Hélène L. N° 15, déjà citée parmi les tentatives de suicide, se brûlait l'avant bras en y écrasant sa cigarette pour "se sentir exister" ? Il est difficile dans ce cas d'affirmer un désir de mort.

Par ailleurs, Daniel B. N° 7, issu d'une mère maniaco-dépressive souvent hospitalisée et d'un père faible et violent qu'il devait souvent fuir avec sa soeur pour aller se réfugier chez une tante. Au premier plan surviendront des troubles de l'humeur avec auto-dépréciation, sentiment de culpabilité, aboulie, qui ont débuté vers 1961, le malade avait alors 20 ans; le deuxième épisode dépressif eut lieu à 21 ans, pendant lequel Daniel, dans un contexte théâtral, ébauchera ce qui peut être considéré, dans une certaine mesure, comme faisant partie de conduites suicidaires : il prit une bassine pleine d'eau, un couteau, afin de se couper les veines mais.... pensa tout à coup.... qu'il pouvait salir le dessus de lit ; considéra "le ridicule de la situation" nous expliquera-t-il, et abandonna très vite ce projet. A cette époque, nous ne retrouvions aucune activité psychosensorielle, point de délire sinon quelques idées à la limite de l'interprétation ; le contact était de fort bonne qualité avec hyper-émotivité, labilité de l'humeur qui resta très dépressive, parfois d'allure mélancolique. Quelques mois plus tard, il fera un épisode délirant aigu à thèmes polymorphes mais avec une forte composante persécutive. Stabilisé par neuroleptiques + Tofranil, il sortira en Octobre 1964 mais, rechutera sous forme d'un état mixte une troisième fois, puis une quatrième, cette fois-ci sur un mode dépressif anxieux avec hyper-expressivité émotionnelle et sentiment d'incurabilité ; et une cinquième fois sur un même mode; c'est alors qu'il absorbera impulsivement un flacon.... de D H E, se fera vomir, avalera de l'eau en telle quantité qu'il se fera lui-même un "lavage d'estomac" après lequel il téléphonera de province pour nous faire part de son geste et venir en consultation. Les idées de suicide persisteront mais Daniel désirera reprendre son travail dans l'Yonne comme enseignant; et c'est là, qu'habitant seul, il sera retrouvé mort, dans sa chambre, des suites d'une intoxication médicamenteuse volontaire explicitée sur une lettre mise en évidence.

Peut-on considérer "ces ébauches de suicide" comme des conduites suicidaires. Compte tenu de la bénignité de ces passages à l'acte, elles pourraient être considérées comme négligeables,

mais si l'on constate l'évolution et le désir de mourir, il semble difficile de ne pas les considérer comme telles ; ce qui ferait entrer Daniel dans le cadre de ceux qui ont eu des conduites suicidaires, dont le nombre passerait de 17 à 18.

c) les suicides-décès sans antécédents suicidaires

8 d'entre les 26 sujets étudiés n'ont jamais attenté à leurs jours avant leur suicide, c'est-à-dire environ un tiers.

1) leur âge

L'âge moyen de ces 8 étudiants est de 25 ans ; ces malades figuraient donc parmi les plus âgés des hospitalisés. En effet, un seul est lycéen, âgé de 19 ans, 2 étudiants, ont respectivement 21 et 23 ans, tous les autres, 26 ans ou davantage. Si l'on compare l'âge de suicide de ceux qui n'ont jamais fait de tentative de suicide avant leur mort volontaire, avec celui de ceux qui ont essayé de se tuer sans y parvenir avant, nous remarquons que la moyenne d'âge des premiers est d'environ 27 ans, tandis que celle des seconds est d'à peu près 25 ans et demi.

2) leur sexe

Une seule fille, les 7 autres étant des garçons, fait partie des 8 dont il semble que la première conduite suicidaire ait entraîné la mort. Il s'agit de Jacqueline D., N° 8, âgée de 23 ans à son entrée à la clinique, en 1ère année de licence littéraire, adressée pour une schizophrénie paranoïde ; elle est issue d'un milieu familial particulièrement faible et présentera d'importants troubles du caractère dès l'âge de 4 à 5 ans avec colères clastiques dûment corrigées, par la mère, électivement. Elle se décompensera à 22 ans sur un mode délirant aigu avec riche symptomatologie hallucinatoire auditive, thèmes multiples : mégalomaniaques, métaphysiques, mystiques et persécutifs avec idées de suicide ; ce délire ne cédera pas au traitement... alimentaire ! puis homéopathique prescrit par les parents durant un an, mais à une sismothérapie associée à une cure neuroleptique qui fit rapidement disparaître à la fois le délire, bien critiqué par la suite, et les idées de suicide ; mais laissera persister un léger syndrome dissociatif. Jacqueline ne fera, à notre connaissance, jamais de



tentative de suicide mais, six mois après sa sortie de la clinique, à 26 ans, en Juin 1967, elle se jettera du haut des Tours de Notre-Dame et décèdera immédiatement des suites de sa chute.

3) le diagnostic

Nous retrouvons 6 schizophrènes, dont une fille, parmi les 17 schizophrènes morts de suicide et, 2 garçons névrosés, un obsessionnel de 31 ans et un phobo-obsessionnel de 27, sur les 3 névrosés morts de suicide ; ceci représente une forte proportion de névrosés et une relativement faible proportion (un tiers) de schizophrènes sans antécédents suicidaires.

4) les études

Un seul est lycéen

3 sont étudiants en Lettres, parmi lesquels une fille

1 est étudiant en Sciences

2 sont en Droit

1 en Médecine

5) les moyens utilisés

3 d'entre les 8 ont utilisé des médicaments sans aucune association, contrairement à ceux qui ont eu des antécédents suicidaires et ont utilisé, pour se donner la mort, des médicaments + un autre moyen.

1'un s'est noyé

1'autre a absorbé du cyanure de potassium

1 autre s'est tiré un coup de fusil dans la tempe

enfin 2 se sont précipités, l'une des Tours de Notre-Dame et la deuxième sous le métro.

La nature des moyens employés pour se donner la mort est la même, la fréquence d'emploi de l'un ou l'autre semble identique, que le malade ait eu ou non antérieurement, des conduites suicidaires. Il ne semble pas exister une relation directe avec une entité nosologique précise, pour ceux qui ont "réussi" d'emblée leur suicide en comparaison de ceux qui ont eu antérieurement des conduites suicidaires.

Nous récapitulerons ces différentes données concernant tentatives de suicide et suicides des 26 malades étudiés sur les tableaux des pages suivantes.

Observations	Age à l'entrée	Etudes	Age T.S.	Moyens T.S.	Nombre approx. de l.s.	Age du suicide	Moyens du suicide	Diagnostic	Troubles associés psychopathiques
1° Philippe A.	20 ans	Droit	19ans 20 ans 20 ans	Médic.+Toxiques Médicaments Gaz	3	20 ans	Médic. + gaz	Schizo-phrénie	-
2° Joseph A.	22 ans	Lettres	25 ans	Médicaments	1	26 ans	Médicaments	Schizo-phrénie	-
3° Guy B.	27 ans	Lettres	-	-	0	29 ans	Médicaments	Névrose phobique	-
4° Patrick B.	20 ans	Sciences	18 ans 20 ans	Médicaments Médicaments	2	22 ans	Médicaments	Schizo-phrénie	-
5° Denis B.	18 ans	Secondaire	18 ans	Médicaments	1	19 ans	Précipitation sous le train	Schizo-phrénie	+
6° Gérard B.	19 ans	Secondaire	-	-	0	20 ans	Précipitation sous le métro	Schizo-phrénie	-
7° Daniel B.	22 ans	Lettres	-	-	0	28 ans	Médicaments	Schizo-phrénie	-
8° Jacqueline D.	23 ans	Lettres	-	-	0	26 ans	Précipitation de Notre-Dame	Schizo-phrénie	-
9° François G.	33 ans	Arts	34 ans environ	Médicaments	4	36 ans	Médicaments	Border-Line	-
10° NADIA G.	21 ans	Lettres	21 ans	Phlébotomie	2	22 ans	Médicaments	Schizo-phrénie	+
11° Monique H	21 ans	Ecole Nle d'institution	20 ans 20 ans 21 ans	Médicaments Médicaments Médicaments	3	22 ans	Noyade	Schizo-phrénie	+

observations	l'entrée	études	T.S.	T.S.	stimulant de T.S.	suicide	suicide	diagnostic	associées psychopathiques	mutilités
12° Antoine J.	18 ans	Médecine	12 ans 17 ans 18 ans 18 ans 18 ans	Révolver Précip.barrage Médicaments phlébotomie phlébotomie	5	19 ans	Défenestration du 7ème étage	Schizo- phrénie	-	
13° Charles J.	27 ans	Droit	27 ans	Médicaments	1	28 ans	Médicaments	Border- line	-	
14° J.François de K.	18 ans	Secondaire	18 ans 18 ans	Pendaison Médicaments	2	20 ans	Médic.+ alcool	Border- line	-	
15° Hélène L.	16 ans ¹	Secondaire	16 ans 19 ans	Phlébotomie Médicaments	+ de 2	22 ans	Défenestration	Schizo- phrénie	+	+
16° Robert P.	33 ans	Médecine	31 ans	Médicaments	1	35 ans	Médicaments	Schizo- phrénie	-	
17° Philippe R.	26 ans	Lettres	-	-	0	32 ans	Médicaments	Schizo- phrénie	-	
18° Gilberte R.	33 ans	Lettres	33 ans 34 ans 34 ans	Médicaments Médicaments Médicaments	environ 10	36 ans	Médicaments	Névrose caractère	-	
19° Michel R.	27 ans	Sciences	-	-	0	29 ans	C N K Toxique	Schizo- phrénie	-	
20° Christian R.	31 ans	Droit	-	-	0	33 ans	Noyade	Névrose obsession.	-	
21° Etienne S.	21 ans	Droit	-	-	0	21 ans	Fusil	Schizo- phrénie	-	

Observations	Age à l'entrée	Etudes	Age T.S.	Moyens T.S.	Nombre éprouvants de T.S.	Age du suicide	Moyens du suicide	Diagnostic	Troubles associés psychopathiques	Auto mutilation
22° Monique S.	20 ans	Médecine	23 ans	Médicaments	1	24 ans	Médicaments	Schizo-phrénie	+	+
23° Claire S.	23 ans	Médecine	25 ans	Médicaments	1	28 ans	Pendaison + Méd.	Border-line	-	
24° A. Marie T.	30 ans	Lettres	29 ans 30 ans 31 ans 32 ans 32 ans 32 ans	Médicaments Médicaments Médicaments Médicaments Noyade Médicaments	6	33 ans	H2SO4 - Toxique	Border-line	+	
25° Attiléo V.	27 ans	Médecine	-	-	0	27 ans	Médicaments	Schizo-phrénie	-	
26° Catherine W.	19 ans	Secondaire	18 ans environ	Médicaments	1	24 ans	Médicaments	Psychotique	+	

d) Etudes de l'humeur de ces malades décédés et de ses rapport
éventuels avec les conduites suicidaires

- sur les 26 suicidés, 23 présentaient d'importants troubles de l'humeur, parmi lesquels 7 filles et 16 garçons ; chez 3 seulement nous n'avons pu mettre en évidence qu'un état athymbormique, il s'agit de deux filles (Obs. N° 8 et 26) et d'un garçon (Obs. N° 5). Nous noterons cependant aussi bien pour Denis (N° 5) que pour Catherine (N° 26) un passage à l'acte suicidaire médicamenteux dans les antécédents, dans un contexte très flou pour Denis, très théâtral pour Catherine, sans que l'on puisse vraiment retrouver chez eux de syndrome dépressif même au moment de leur tentative de suicide.

- pour les 23 autres, l'humeur passe essentiellement par des phases dépressives, non entrecoupées de phases euphoriques, ou hypomaniaques, chez la plupart d'entre eux ; en effet, hormis le N° 19, Michel R, chez qui nous relevons un état d'excitation hypomaniaque isolé sans épisode dépressif, et deux cas de schizophrénie (Patrick N° 4 et Daniel N° 7) d'humeur très cyclothymique, avec alternance d'épisodes hypomaniaques et dépressifs ou, bien souvent, d'états mixtes, les 20 autres présentent essentiellement des épisodes dépressifs successifs avec, dans l'intervalle, une humeur à peu près stable.

- nous prendrons comme exemple d'humeur cyclothymique Patrick B, N° 4 : schizophrène paranoïde, âge de 20 ans à l'entrée dans la clinique, étudiant en MPC.

Le début de ses troubles remonte à l'âge de 18 ans, en Octobre 1961, au moment de la rentrée universitaire à Strasbourg, où il s'était inscrit pour s'éloigner d'un milieu familial conflictuel. C'est alors que s'installa un état dépressif sévère avec difficultés intellectuelles, apragmatisme, repli et isolement, insomnie avec errance nocturne dans la ville où Patrick a le sentiment que ses camarades lui sont hostiles. Après un mois de séjour à Strasbourg, il retournera chez ses parents à Grenoble où il sera traité en ambulatoire par un Neuro-psychiatre avec Tofranil et Melleril ; mais en Décembre 1961, il ingèrera du tofranil à dose toxique et devra subir un lavage d'estomac et séjourner en clinique une quinzaine de jours.

Le lendemain de sa sortie de clinique, le 25 décembre 1961, débuta brutalement un épisode délirant avec thèmes métaphysiques, humeur toujours dépressive, vive agressivité vis-à-vis de sa famille, conduite discordante qui nécessitera une nouvelle hospitalisation dans une clinique de Grenoble jusqu'au 9 février 1962.

En Mars 1962 survint un épisode hypomaniaque franc avec vol de voiture, sentiment délirant de toute puissance et réussite absolue, automatisme mental, traité en cure ambulatoire par neuroleptiques.

En Octobre 1962, à la rentrée scolaire, il s'était inscrit en PCB et 1ère année de Médecine à Grenoble, mais de nouveau apparut un syndrome délirant à mécanisme interprétatif et thèmes persécutifs.

En Décembre 1962 survint un nouvel accès hypomaniaque avec symptomatologie délirante, thèmes mégalomaniques et mystiques, hallucinations cénesthésiques, instabilité psychomotrice qui nécessitera une troisième hospitalisation dans une clinique de Grenoble et un traitement neuroleptique intensif du 27 décembre 1962 au 2 février 1963.

En février 1963, Patrick entre dans une clinique pour étudiants à Grenoble dans un état typiquement maniaque qui nécessite une augmentation du traitement neuroleptique qui se révélera, malgré cela, insuffisant, complété par 5 électrochocs qui entraîneront une cédation du délire et une stabilisation brève de l'humeur car, dès Mars 1963, l'excitation reprit et, malgré 5 nouveaux électrochocs avec adjonction de Tementil, il dut être transféré d'urgence en Centre hospitalier le 12 mars 1963, où il aurait subi 20 comas insuliniques.

Sorti stabilisé, il tentera en Octobre 1963 de reprendre sa scolarité, hospitalisé dans une clinique Médico-Psychologique de Grenoble d'où il sera transféré en Novembre 1963 à Paris, où il s'inscrira en MPC afin de s'orienter ensuite vers la recherche en physiologie. Ici, arrivé dans un état subdépressif avec idées obsédantes de suicide, sentiments non délirants d'être rejeté par sa famille, cet état l'amènera à faire une deuxième tentative de suicide avec 200 comprimés d'Aspirine en Janvier 1964, préméditée,

semble-t-il depuis plusieurs mois, et dont il parlera dès le lendemain de l'ingestion médicamenteuse. Puis, son humeur passera de la dépression à l'hypomanie en Avril 1964 et il entrera dans un état d'excitation avec importants troubles du comportement, vol de voiture, fugues.... qui entraîneront son transfert momentané à Henri Rousselle.

Revenu à la mi-juin 1964, il entrera de nouveau dans un état d'excitation très discordant qui nécessitera un nouveau transfert à Ste-Anne en Août 1964 où il restera jusqu'en Octobre 1964 ; il en sortira pour retourner à Grenoble.

Il fit de nouveau un épisode dépressif en hiver 1964 et fut retrouvé par ses parents mort d'un coma médicamenteux au printemps 1965, à la fonte des neiges, près de Grenoble, à l'âge de 22 ans.

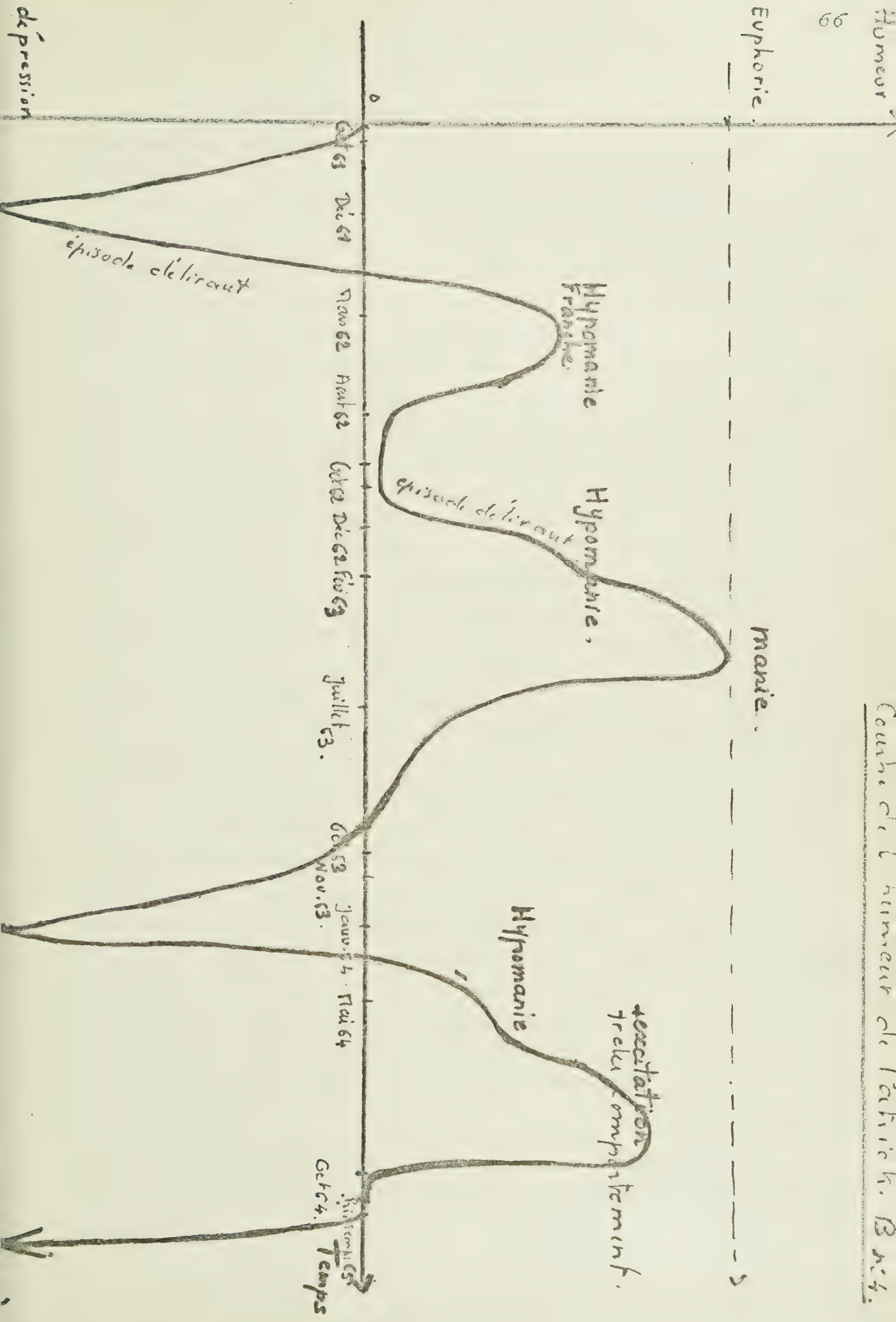
Tous ces troubles de l'humeur seront résumés sur une courbe à la page suivante.

- Quant à Daniel, Obs. N° 7, dont la mère était maniaco-dépressive, son humeur passait également par des périodes dépressives suivies de périodes euphoriques et d'états mixtes ; ses deux ébauches de passage à l'acte eurent lieu lors de phases dépressives dont certaines pouvaient présenter parfois une allure mélancolique avec douleur morale : sentiment d'incurabilité, ruine, infériorité, culpabilité, auto-accusation, auto-dépréciation, tristesse et idées de suicide, inhibition des activités mentales et physiques avec anxiété intense.

- Quant aux 20 malades qui ont présenté, au cours de leur existence, uniquement des épisodes dépressifs, 12 ont eu des conduites suicidaires avant leur mort.

Si nous considérons d'abord les névrosés, au nombre de 3, ils sont tous passés par des phases dépressives en relation avec leur entourage, leurs difficultés... il s'agit d'une fille qui présente une névrose de caractère hystérique et de deux garçons dont l'un (N° 3) est un psychasthène aux nombreux traits phobo-obsessionnels et l'autre (N° 20) une névrose obsessionnelle avec symptomatologie hypochondriaque ; seule la fille a tenté de se suicider un grand nombre de fois, dans un contexte très théâtral lors de phases

Cauchet et l'histoire de l'histoire. B. 14.



dépressives, en relation directe avec l'interruption d'une relation amicale ou des difficultés professionnelles. Guy (N° 3) souffrait d'une carence affective précoce paternelle et maternelle il passa par des phases dépressives sévères depuis l'âge de 22-23 ans, avec sentiment d'infériorité, difficultés relationnelles, inhibition intellectuelle, isolement, insomnie, sentiment d'être "raté", mais il persiste toujours chez lui une importante quête affective, un contact de très bonne qualité.

- Quant aux schizophrènes, ils sont au nombre de 12, dont 4 n'ont pas eu de conduites suicidaires antérieures à leur mort ; beaucoup sont passés par des épisodes dépressifs très atypiques, sans relation directe avec un événement déclenchant, avec tentatives de suicide parfois très impulsives, non insérées dans une conduite dépressive mais davantage dans un contexte de bouffée anxieuse aiguë. Par exemple, Joseph A. N° 2, ingéra un tube de Largactil 100 lors d'un épisode de dépersonnalisation aiguë avec angoisse intense, impulsions à la fois meurtrières et suicidaires ; pour Gérard B. N° 6, c'est justement le jour où son humeur était moins dépressive qu'il s'est jeté sous le métro à la faveur d'une brusque impulsion suicidaire. De même pour Monique H. N° 11, le jour où elle s'est noyée, elle n'avait jamais eu l'air aussi gai depuis longtemps. Certains autres, par contre, ont des épisodes dépressifs très relationnels aux événements, rupture d'une relation, difficultés de travail, tel Philippe R. N° 17, lors de la rupture d'une relation amoureuse, ou Etienne S. N° 21, devant d'immenses difficultés à réaliser des études très investies ; de même Monique S. N° 22, se déprimera lors du départ de son ami.

Nous noterons, en outre, par exemple pour Monique S. N° 22, comme pour Hélène L. N° 15, le balancement entre la diminution de la symptomatologie caractérielle et l'apparition du syndrome dépressif, et vice-versa ; de même souvent, la disparition d'un épisode délirant laisse place à une phase dépressive.

Les border-line sont au nombre de 5, parmi ces 20 malades ayant des troubles de l'humeur : 3 garçons et 2 filles ; ils ont eu tous les 5 des passages à l'acte suicidaire avant leur mort volontaire.

Anne-Marie T., N° 24, fit de nombreux épisodes dépressifs depuis l'âge de 21 ans, mais ne fit sa première tentative de suicide qu'à l'âge de 29 ans, suivie de nombreuses autres, environ 6, toutes très réactionnelles à son entourage, lors de phases dépressives aiguës.

Claire S., N° 23, fit plusieurs tentatives de suicide lors de périodes dépressives, en relation notamment avec les visites à ses parents avec lesquels nul échange authentique n'était possible.

Jean-François de K., N° 14, fit plusieurs dépressions au cours desquelles il fit deux tentatives de suicide, en relation avec l'institution pour une grande part.

François G., N° 9, eut une dépression en rapport avec un deuil réel, la mort de sa fiancée, une autre, avec des difficultés d'insertion professionnelle.

Pour Charles J., N° 13, les motivations apparentes de sa dépression sont plus floues ; il semble d'ailleurs présenter des manifestations psychiques qui l'apparentent plus à un psychotique qu'à un névrosé.

Au total, nous pouvons remarquer que si l'on considère les troubles de l'humeur des névrosés et des trois quarts des borderline, leur dépression semble en rapport avec le milieu ambiant, avec quête affective et demande d'aide. Pour les schizophrènes, certains ont une humeur dépressive, en rapport avec l'entourage, et cherchent un appui pour surmonter leurs difficultés, tandis que d'autres, totalement coupés de leurs semblables, font une dépression nettement plus atypique.

Si l'on considère chez les 26 malades, le temps écoulé entre le début patent des troubles psychiques, que ce soit une dysthymie, un délire, ou une autre manifestation pathologique, et leur suicide, nous remarquons d'après la courbe de la page suivante que c'est après 3 à 5 ans d'évolution de leur maladie psychiatrique qu'ils se suicident le plus souvent, un peu moins après 6 à 10 ans, et très peu avant 3 ans ou après 10 ans de manifestations pathologiques.

Nb données écoulées entre le début patient
 et la malade et le suicide, en fonction du nb
 de données :





Quant à l'âge de début des troubles patents, nous les consignerons sur les diagrammes de la page suivante avec la durée des troubles psychiques, jusqu'au suicide, mettant en ordonnée les numéros des observations et, en abscisse, les années d'âge.

Ainsi, nous verrons que :

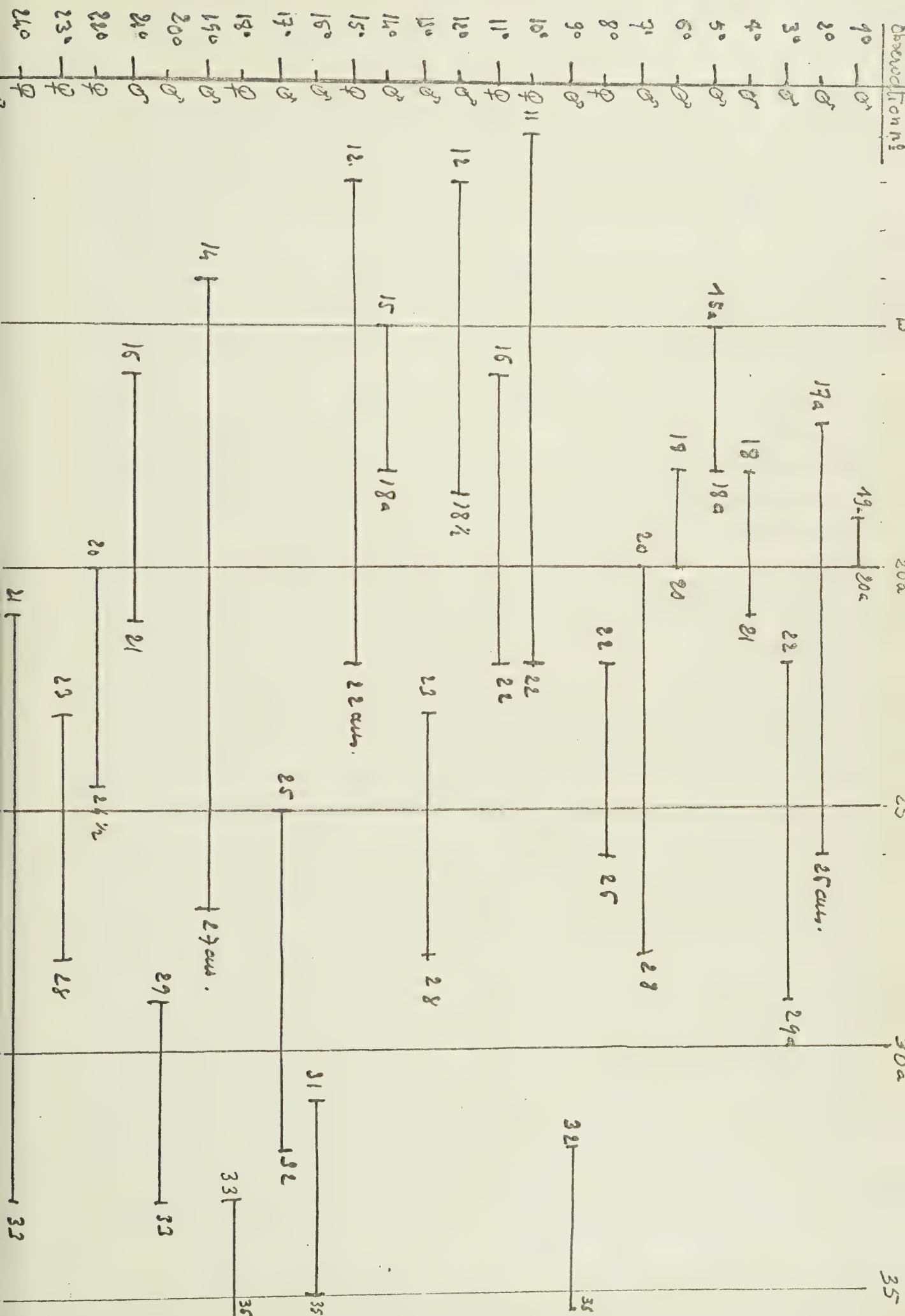
- pour 8 malades, 5 garçons et 3 filles, les premières difficultés remontent à l'âge de 10 à 15 ans, et leur suicide surviendra entre 18 et 27 ans.
- pour 8 autres, 6 garçons et 2 filles, les premiers troubles se manifestent de 16 à 20 ans, et leur suicide se fera entre 20 et 28 ans.
- pour 6 autres, 3 garçons et 3 filles, dont les premières difficultés eurent lieu entre 21 et 25 ans, le suicide survint entre 26 et 33 ans.
- pour un garçon, dont les premiers troubles psychiques se sont fait jour entre 26 et 30 ans, c'est-à-dire à 29 ans, le suicide fut effectué à 33 ans.
- pour les 3 derniers, 2 garçons et 1 fille, dont les premières manifestations psychiques survinrent à l'âge de 31 à 35 ans, le suicide se fera entre 35 et 36 ans, donc, peu d'années après l'apparition des troubles patents;

c'est-à-dire que la période des premiers troubles psychiques avant le suicide semble la plus courte chez les 4 sujets les plus âgés quand apparaissent leurs premières difficultés psychiatriques ; ainsi que chez 5 malades qui ont entre 15 et 19 ans quand débutent leurs premières manifestations psychiques évidentes, et ne vivront que deux à trois ans ensuite avant de se suicider.

Nous remarquons également, sur les diagrammes, que pour la majorité d'entre eux, la survenue des troubles psychiques et du suicide se situe essentiellement entre 15 et 25 ans.

Par ailleurs, si l'on cherche chez ces 26 malades, décédés de suicide, ceux qui possèdent certains traits de caractère favorisant le passage à l'acte, il est manifeste que tous en présentent au moins deux sur les 8 considérés, à savoir : impulsivité, agressivité, suggestibilité, hyperémotivité, anxiété, arriération affective, difficultés de verbalisation, fantasmatisation et







élaboration, isolement social et repli, éléments de la personnalité que Mr. J.L.Duché considère comme favorisant la tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent, dans son article publié en 1964, dans le volume VII de "La Psychiatrie de l'enfant".

- Environ 20 sur 26 sont très impulsifs :

ainsi un jeune schizophrène, Philippe A., N° 1, de caractère schizoïde depuis l'enfance, dont la première manifestation psychologique ayant entraîné une consultation chez un psychiatre fit, à 19 ans, une tentative de suicide faite dans un contexte très impulsif, maladroit, sans aucune préméditation : il absorba brusquement tous les produits divers qui se trouvaient à proximité de sa main, presque devant les personnes de sa famille prévenues d'une manière très discordante ; ingestion qui n'entraîna aucun coma, mais une brève hospitalisation pour mise en observation. Un mois après, "ne se sentant plus de raison de vivre", il sortit de sa chambre pour prendre un broc devant ses parents afin d'ingérer tous ces médicaments en même temps et fut donc arrêté dans sa démarche. La troisième tentative de suicide se fit dans un contexte plus alarmant puisque Philippe s'enferma, seul, en l'absence de ses parents, dans la cuisine, ouvrit le gaz, mit sa tête dans le four en se munissant d'oreillers pour pouvoir réaliser l'étanchéité autour de son cou ; mais celle-ci s'avéra mauvaise, et tout aussi brusquement qu'il avait décidé de se tuer, il rangera soigneusement tout le matériel utilisé, renonçant momentanément au suicide qu'il réalisera un an plus tard, en associant gaz et médicaments, tout seul dans une maison de campagne où il s'était rendu, ayant refusé de partir en week-end avec ses parents qui le laissèrent déprimé et anxieux, seul à Paris.

- A peu près 17 sur 26, sont agressifs vis-à-vis de leur entourage cette agressivité d'ailleurs, ils la retourneront contre eux-mêmes.

Robert P., N° 16, à qui l'on avait momentanément refusé de sortir dans la mesure où il présentait d'importants troubles du comportement en relation avec un épisode délirant, blémit, sortit brusquement et tordit, d'une main, une épaisse porte métallique de l'ascenseur, "pour éviter de faire la même chose" avec le médecin qui venait de lui refuser cette autorisation. En même



temps, Robert éprouvait un vif désir de se défenestrer ; auto et hétéro-agression survenant en même temps chez ce schizophrène paranoïde présentant un certain nombre de traits paranoïaques.

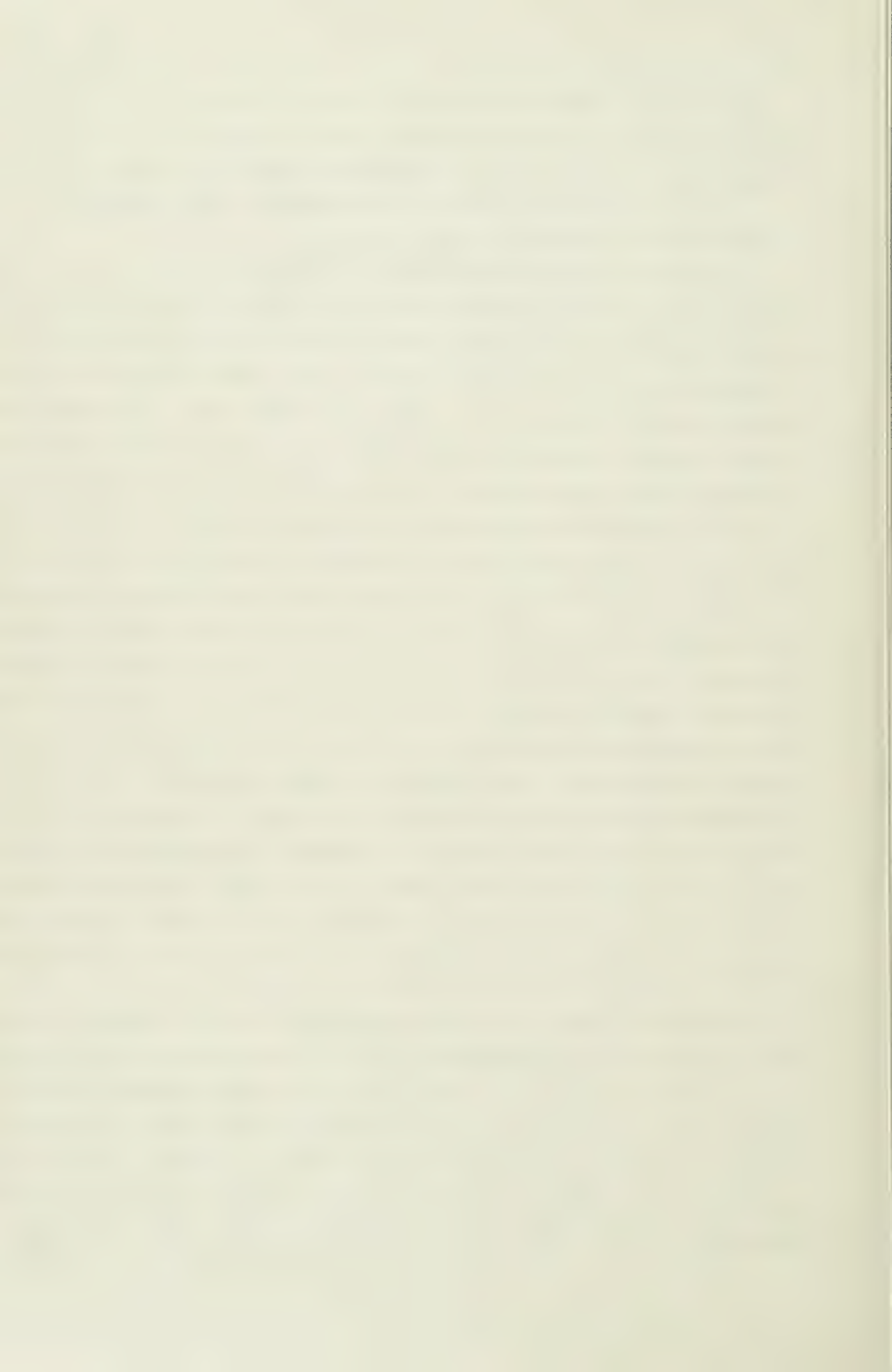
de même Hélène L., N° 15, schizophrène qui se tuera par défenestration un peu plus tard et, qui non seulement éteignait de temps à autre sa cigarette allumée sur son propre avant-bras mais à qui il arriva, parfois, ressentant une brusque agressivité incontrôlée contre des femmes dans le métro, d'enfoncer brusquement une cigarette brûlante dans le bras d'une de ses voisines qui faillirent, une fois, la lyncher.

- La suggestibilité souvent retrouvée au cours des "épidémies" de tentatives de suicide survenues dans la clinique, ne semble pas avoir joué un rôle important lors des 26 cas de suicides étudiés ici. Il n'est possible de retrouver nettement cet élément que chez 3 ou 4 d'entre eux. Ainsi Claire S., N° 23, se suicidera par strangulation après la prise de médicaments et d'alcool ; or, bien souvent auparavant, elle nous avait parlé "de se pendre comme son père" l'avait fait quand elle avait 14 ans.

- L'anxiété se retrouve chez 21 des sujets chez qui elle favorise le passage à l'acte suicidaire devant une situation difficile à assumer et qu'ils essaient "de fuir" dans la mort. Elle est d'ailleurs très liée à l'émotivité.

Monique S., N° 22, étudiante en Médecine, très angoissée à l'idée que son ami, en période de décompensation, lui aussi hospitalisé, pourrait être transféré dans un centre hospitalier, supportant mal, en outre, le service de psychiatrie où elle se rendait chaque matin comme externe, et se trouvant dans une situation intolérable, avala impulsivement un tube de médicament.

de même, Patrick B., N° 4, dans un état d'excitation anxieuse, fera plusieurs fugues, vols divers, et présentera d'importants troubles du comportement, entrecoupés de crises aiguës d'angoisse qui le firent mettre en cure de sommeil à la veille du jour où il devait partir en vacances rejoindre sa mère, avec laquelle la relation fut toujours distante et froide, et une amie perdue de vue depuis un an.



temps, Robert éprouvait un vif désir de se défenestrer ; auto et hétéro-agression survenant en même temps chez ce schizophrène paranoïde présentant un certain nombre de traits paranoïaques.

de même Hélène L., N° 15, schizophrène qui se tuera par défenestration un peu plus tard et, qui non seulement éteignait de temps à autre sa cigarette allumée sur son propre avant-bras mais à qui il arriva, parfois, ressentant une brusque agressivité incontrôlée contre des femmes dans le métro, d'enfoncer brusquement une cigarette brûlante dans le bras d'une de ses voisines qui faillirent, une fois, la lyncher.

- La suggestibilité souvent retrouvée au cours des "épidémies" de tentatives de suicide survenues dans la clinique, ne semble pas avoir joué un rôle important lors des 26 cas de suicides étudiés ici. Il n'est possible de retrouver nettement cet élément que chez 3 ou 4 d'entre eux. Ainsi Claire S., N° 23, se suicidera par strangulation après la prise de médicaments et d'alcool ; or, bien souvent auparavant, elle nous avait parlé "de se pendre comme son père" l'avait fait quand elle avait 14 ans.

- L'anxiété se retrouve chez 21 des sujets chez qui elle favorise le passage à l'acte suicidaire devant une situation difficile à assumer et qu'ils essaient "de fuir" dans la mort. Elle est d'ailleurs très liée à l'émotivité.

Monique S., N° 22, étudiante en Médecine, très angoissée à l'idée que son ami, en période de décompensation, lui aussi hospitalisé, pourrait être transféré dans un centre hospitalier, supportant mal, en outre, le service de psychiatrie où elle se rendait chaque matin comme externe, et se trouvant dans une situation intolérable, avala impulsivement un tube de médicament.

de même, Patrick B., N° 4, dans un état d'excitation anxieuse fera plusieurs fugues, vols divers, et présentera d'importants troubles du comportement, entrecoupés de crises aiguës d'angoisse qui le firent mettre en cure de sommeil à la veille du jour où il devait partir en vacances rejoindre sa mère, avec laquelle la relation fut toujours distante et froide, et une amie perdue de vue depuis un an.

- l'immaturation affective est retrouvée chez presque tous les sujets étudiés dont le milieu familial est le plus souvent très anormal et, les relations parents-enfants, de très mauvaise qualité ou totalement absentes.
- de plus, nombreux sont ceux qui ont d'importantes difficultés de verbalisation, fantasmatisation et élaboration, à savoir la moitié de ces jeunes pourtant intelligents et de niveau culturel nettement plus élevé que la population en général.
- en outre, environ la moitié de ces 26 étudiants ont vécu très repliés, isolés de tous, notamment au moment des difficultés psychiques qui les ont conduits au suicide ; l'isolement étant un facteur supplémentaire de désadaptation sociale.

En résumé, les troubles de l'humeur tout comme les traits de caractère qui favorisent la tendance à l'agi, sont des données que l'on retrouve chez la majorité de ces 26 suicidés, psychotiques ou névrosés ; ils feront principalement des états dépressifs, quelques uns seulement des épisodes cyclothymiques avec alternance d'états maniaques, ou plus souvent hypomaniaques et dépressifs. Les dépressions des névrosés et des border-line semblent en rapport avec les événements extérieurs tandis que l'humeur des schizophrènes peut varier parfois en relation étroite avec l'environnement mais aussi, évoluer pour elle-même, tout à fait en marge de la réalité ambiante; le suicide ne survenant alors pas durant une phase dépressive. Par ailleurs, la période qui se situe entre les premières manifestations pathologiques et le suicide est le plus souvent de courte durée, de 3 à 5 ans, relativement un peu plus brève, pour les 4 malades les plus âgés et 5 d'entre les 9 qui ont entre 15 et 19 ans, quand survint le début patent de leur maladie.

e) Le contexte relationnel des tentatives de suicide et des suicides, ou leur absence de contexte relationnel.

En effet, certaines conduites suicidaires ont valeur d'appel et peuvent être utilisées par les malades comme moyen de relation cependant très pathologique ; jusqu'au jour où un hasard malheureux voudra que cet appel ne soit pas entendu et, la personne, non secourue.



Ceci est, en effet, l'histoire de la maladie de Gilberte R., N° 18, grande abandonnique qui avait 33 ans à son arrivée à la clinique et présentait une grave névrose de caractère hystérique. La psychologue avait alors conclu, d'après un Rorschach, à "un état réactionnel anxieux chez une personnalité caractérielle ayant des possibilités de réadaptation". Enfant d'une fille mère qui la laissera, avec son frère issu d'un même homme marié, en nourrice durant toute sa petite enfance; elle sera confiée ensuite à une grand'mère et une tante qui les ont élevés jusqu'à ce qu'elle ait 12 ans avec affection et compréhension. Mais reprise à cet âge par la mère, contre son gré, honteuse d'être traitée de "gosse sans père" par son entourage, ayant souffert d'une importante carence affective précoce, elle présentera de grosses manifestations caractérielles avec opposition franche à la mère et troubles du comportement. Brillante élève, mais peu appliquée, elle entrera à 18 ans en Philosophie mais souffrit d'une pleurésie tuberculeuse suivie d'une infiltration pulmonaire qui nécessitera un séjour en sanatorium à Vence, puis en Post-cure à Grenoble. Elle retournera ensuite passer deux ans chez sa mère, s'y ennuiera et fera une rechute tuberculeuse pulmonaire de l'autre côté, retournera donc en sanatorium, seul endroit où elle se sentit vraiment heureuse et où elle terminera son agrégation d'espagnol. Ultérieurement, elle prendra un poste à Boulogne, où elle vécut dans un foyer espagnol très chaleureux mais où, malheureusement, un enfant auquel elle était particulièrement attachée mourut accidentellement. Partie en vacances, elle y rencontrera un homme marié, ayant déjà une première maîtresse et, avec lequel, elle fera sa première expérience sexuelle. Mais cet ami lui enverra peu après une lettre de rupture inattendue. Gilberte, assommée, dépressive, après avoir cherché en vain à le retrouver, prendra 10 comprimés de Nembutal dans une chambre d'hôtel d'où elle sera transférée en centre hospitalier. Ce fut sa première tentative de suicide et la première manifestation pathologique qui l'amena à consulter en psychiatrie. Gilberte était alors une jeune fille d'intelligence vive, fine, dont le contact était de très bonne qualité, avec bonne participation émotionnelle, quête affective et immaturité notoire; se vivant comme rejetée,

abandonnée de tous, donc n'ayant pas le droit de vivre ; ceci avait motivé sa tentative de suicide, qui lui procura une vive satisfaction due à l'inquiétude causée à son ami qui l'avait délaissée ; cette "tentative" de suicide fut suivie d'une dizaine d'autres, survenant toujours dans le même contexte d'appel, notamment une avec des médicaments pour fuir une réinsertion professionnelle envisagée à Tours ; chaque fois la malade faisait le nécessaire pour qu'il soit possible d'aller la secourir ; mais un jour, alors qu'elle avait écrit à plusieurs personnes et attendait justement pour ce week-end la venue habituelle d'une amie, Gilberte prit une fois de plus suffisamment de médicaments pour entrer dans le coma mais, les lettres n'arrivèrent pas à temps par un concours de circonstances fâcheux, l'amie prévue ne vint pas, et Gilberte fut retrouvée dans un coma tout juste dépassé, le Lundi suivant ce week-end fatal, par un médecin alerté trop tard par une de ces lettres. Elle était alors âgée de 36 ans.

Jean-François de K., N° 14, était un grand adolescent border-line à symptomatologie hystérique, de 18 ans, à sa première entrée dans la clinique. Son père décéda quand il avait 15 ans, après 10 ans d'infirmité qui en faisait un homme grabataire, coléreux et violent, mais travailleur, laissant son fils aux soins d'une mère très protectrice, un tantinet obsessionnelle, et dont la relation avec son mari avait toujours été conflictuelle. Elevé essentiellement par des femmes, Jean-François était un enfant assez renfermé, rêveur, peu actif. Il fit une scolarité normale jusqu'en Février 1964 où, à 17 ans, il fut victime d'un accident de la route et souffrit d'un traumatisme crânien ayant entraîné un coma d'une durée de deux heures, à la suite duquel il présenta un syndrome subjectif des traumatisés du crâne : insomnies rebelles dramatisées, sensations vertigineuses, cauchemars, troubles de l'équilibre à bicyclette, asthénie et syndrome dépressif, alors que les examens complémentaires pratiqués à cette date étaient normaux. Il refusa alors d'aller au lycée où il redoublait sa première, l'année suivante, et consultera pour la première fois, à 18 ans, un psychiatre qui nous l'adressera pour un état anxieux. Ce garçon était un sujet émotif, à tendance dépressive, avec manifestations névrotiques hystérophobiques et

syndrome subjectif des traumatisés du crâne, qui dominant le tableau pathologique. Il fera ici un premier séjour de cinq mois après lequel il sortira amélioré, pour revenir un mois après faire un deuxième séjour d'un an et huit mois pendant lequel il s'isolera se repliera, parfois totalement apragmatique, avec ruminations moroses, insomnies tenaces, anxiété intense et céphalées ; cette symptomatologie cédera aux anxiolytiques et hypnotiques associés à une psychothérapie d'inspiration analytique. Sorti en Avril 1967, à 20 ans, il reviendra pour un troisième séjour en Août de cette même année, avec l'intention de se tuer dira-t-il plus tard. C'est ainsi que, quelques jours après son entrée, il tenta de se pendre avec une sangle de cuir calée dans une fenêtre de sécurité, après avoir fait trois essais ratés avec des ficelles diverses qui s'étaient rompues. Mais avant de sauter de la chaise sur laquelle il était grimpé, il appuya sur la sonnette d'alarme afin, nous expliquera-t-il plus tard, "qu'on ne le trouve pas bleu, tuméfié et laid", c'est-à-dire que l'on recueille un beau cadavre, tel était le désir de toute puissance de Jean-François dans ce "jeu" avec la mort, et son sentiment d'invulnérabilité. Quand il entendait parler d'un suicide, il désirait aussitôt pour lui-même un suicide qui soit "mieux" que celui-là, voulant par ailleurs, également dominer l'institution. Sorti contre son gré, le 4 Novembre 1967, par mesure disciplinaire, Jean-François partira le soir même dans un hôtel d'où il téléphonera à la clinique, sans préciser le nom de l'hôtel, pour prévenir qu'il allait se suicider avec des médicaments. Retrouvé par l'hôtelier après cette deuxième tentative de suicide, subcomateux, et transféré en centre hospitalier, il demandera, à plusieurs reprises, par la suite sa réadmission à la clinique qui lui sera refusée. Et le 24 Décembre 1967, il viendra à nouveau "tenter" de se suicider dans l'établissement en prenant alcool + barbituriques et s'enfermera dans un lieu de la clinique où il sera retrouvé seulement 48 H après... par erreur, trop tard, déjà mort, à l'âge de 20 ans.

Ces deux suicides, N° 14 et 18, peuvent être manifestement qualifiés de "tentatives de suicide ratées", d'accidents, compte tenu du contexte dans l'un et l'autre cas.

Nous donnerons ensuite quelques exemples de suicide dont le contexte relationnel ne peut faire de doute, pour terminer par ceux qui semblent totalement désinsérés de la réalité ambiante avec laquelle il n'apparaît aucun rapport.

Tout d'abord, Guy B., N° 3, âgé de 27 ans à son arrivée dans l'institution, phobo-obsessionnel, grand abandonnique, qui n'a cependant jamais tenté de se tuer avant son suicide-décès à l'âge de 29 ans. Elevé par sa grand'mère maternelle, fermière dure au travail, sa mère étant décédée quand Guy avait seulement six mois et son père, inspecteur de police, en poursuivant des malfaiteurs, quand son fils avait environ 6-7 ans. C'était un enfant gai, ouvert, chahuteur et impulsif, hyperémotif, intelligent mais peu travailleur. Il échouera au premier baccalauréat à 17 ans et poursuivit ensuite la fin de sa scolarité secondaire tout en travaillant comme instituteur. C'est à cette époque, entre 18 et 23 ans, qu'il connut une femme d'environ 50 ans, chaleureuse, qui lui servit un peu de mère. Il prépara ainsi sa première, puis passa son baccalauréat philosophie qu'il réussit et quitta ensuite sa protectrice pour s'inscrire en Lettres à la Faculté de Toulouse. C'est à cette période que semblent avoir débuté les premières manifestations patentes de Guy sous forme de psychasthénie grave avec syndrome phobo-obsessionnel et préoccupations hypocondriaques : cardiaque, en relation avec une cardiopathie congénitale méconnue, découverte fortuitement lors du conseil de révision qui l'avait réformé ; et surtout nerveuses, mais les examens complémentaires pratiqués étaient normaux. Il s'isolera progressivement, repli en relation avec sa symptomatologie phobo-obsessionnel, mais réussira à son examen de propédeutique, à 23 ans, malgré d'importantes difficultés intellectuelles invoquées. Cette année là, alors qu'il avait, par ailleurs, établi une relation intime avec une jeune sténo-dactylo, sa protectrice vint le voir et ils eurent alors, pour la première fois, des relations sexuelles. Guy disant, qu'agissant ainsi, il désirait se débarrasser de cette femme envahissante, catholique pratiquante, qui n'avait jamais établi d'autres relations depuis son divorce. Mais, au contraire, devenue sa maîtresse, cette femme s'attacha davantage à Guy qui se sentait alors coupable de désirer s'éloigner

d'elle, malgré les liens d'affection qui s'étaient créés et dans la mesure où il "l'estimait comme une mère".

A 25 ans, Guy connut intimement Annie, jeune étudiante en Lettres, qui vint alors vivre avec lui, rivalisant avec sa protectrice. Vers cette époque, sa soeur - qui avait alors 28 ans - fit une grave tentative de suicide par défenestration, lors d'un épisode dépressif sévère. Le malade entra alors lui-même dans une phase dépressive avec idées de suicide et même stockage de barbituriques dans un but d'autolyse, non réalisée à cette date. A la fin de l'année 1962, à 26 ans, il partit comme maître auxiliaire en Algérie, afin de faire quelque chose pour autrui et se valoriser à ses yeux. Mais là-bas, son état dépressif s'aggrave ; il n'arrive pas à achever les lourdes tâches incombant à son poste ; les préoccupations hypocondriaques se font jour à nouveau et Guy revint en France, en Juin 1963, sur les conseils d'un psychiatre de Constantine qui nous l'adressera. C'était un jeune homme au contact facile, rapidement chaleureux, présentant une symptomatologie dépressive et phobo-obsessionnelle, avec blocage intellectuel et préoccupations hypocondriaques, sans aucun signe de la série dissociative, ni psychotique. Sa thymie dépressive s'améliorera sous thymo-analeptiques et anxiolytiques, associés à une psychothérapie. Deux ans plus tard, il sortira pour venir habiter chez sa soeur et trouver du travail. Son humeur passera par des phases dépressives sévères en relation avec les difficultés de réinsertion professionnelles rencontrées et son sentiment d'être rejeté par tous. Après avoir trouvé du travail, il envisagea d'interrompre sa psychothérapie, en Juillet 1965 ; il reviendra par ailleurs consulter, très déprimé, en Septembre 1965, ayant des difficultés à assumer son travail et le sentiment d'être abandonné de tous, renforcé par l'absence des médecins qui le suivaient habituellement et une certaine intolérance de l'institution, à cette période, aux anciens malades. Il s'enjoignait alors avec sa petite amie à laquelle il fit part de ses idées de suicide, vint demander un entretien avec un médecin de la clinique qui lui fixa un rendez-vous dans les jours suivants, auquel il ne vint pas. Puis, il organisa toute "une mise en scène" très abandonnique pour se suicider ; remettant à son amie une

enveloppe contenant un mandat, avant de s'enfuir pour lui poster une lettre à l'aéroport d'Orly d'où, lui avait-il dit, il devait partir pour l'Algérie ; puis il loua une chambre d'hôtel, laissa sa voiture près de chez sa soeur, après avoir envoyé tous ses papiers d'identité à la poste restante. Seul, à l'hôtel, il absorba des médicaments dans la nuit du 21 au 22 Septembre 1965 et fut trouvé le lendemain dans un coma profond, hospitalisé et mis sous réanimateur, mais le coma était dépassé et il décéda. Non identifié, il sera transféré à l'Institut Médico-Légal compte tenu du contexte particulier de sa mort. Et c'est seulement le mois suivant que sa soeur reçut les papiers d'identité de Guy, après le délai réglementaire de la poste restante, téléphona à la Police qui la convoqua pour identifier le corps de son frère à l'Institut Médico-légal.

Il s'agit donc d'un suicide, effectué chez un névrosé grand abandonnique, qui se heurte à des difficultés d'insertion professionnelles et relationnelles, qu'il ne lui a pas été possible de surmonter, telle était la situation de passivité d'où il ne pouvait s'extraire.

Etienne S., N° 21, jeune étudiant en première année de Droit, âgé de 21 ans, quatrième enfant d'une fratrie de six, succédant à une soeur de 27 ans, de relation difficile depuis l'enfance. Il investit, par contre, massivement les études, seule relation avec ses parents qui lui permettent d'être reconnu, et compense ainsi un sentiment d'infériorité physique attribué au port de lunettes. Le début de ses difficultés remonte à un traumatisme dorso-lombaire succédant à un effort violent, vers l'âge de 16 ans, date où s'installera un tableau dépressif avec symptomatologie hypocondriaque, asthénie physique et psychique, sentiment d'être incompris de l'entourage familial, baisse de l'efficacité intellectuelle, aboutissant à l'arrêt de la scolarité et à un échec au deuxième baccalauréat en Juin 1963, qu'il repassera l'année suivante avec succès. A 18 ans, ayant abandonné Hypotop après 3 mois, s'installe à nouveau dans une phase dépressive avec isolement, repli allant jusqu'au mutisme, apathisme total, insomnies rebelles, idées de suicide apparues pour la première fois, impulsivité, agressivité

hyper-émotivité provoquant des heurts en milieu familial, désintérêt global et algies en rapport avec son ancien traumatisme. Tout ceci l'amènera à consulter pour la première fois un psychiatre, en Décembre 1964, qui lui prescrivit Niamide et tranquillisants, amenant une certaine amélioration de sa dépression. Etienne rechutera l'année suivante sur un mode dépressif stypique ; nous ne retrouverons aucun phénomène psycho-sensoriel ou délirant, ni automatisme mental, ni symptomatologie névrotique. Cet état dépressif variera peu durant les années suivantes jusqu'à l'entrée d'Etienne à la clinique. Ce garçon longiligne frappe par son apparence de passivité associée à une résignation et une grande lassitude ; son contact restera toujours très réservé ; on notera également un certain détachement contrastant avec une vive anxiété quant à ses préoccupations au sujet de son équilibre mental et une grande perplexité concernant son avenir. Les idées suicidaires persistent toujours ainsi que l'humeur dépressive ; après le départ en vacances des médecins qui le suivent, il ira s'acheter un fusil en juillet. Puis, à leur retour, après une période vécue dans une angoisse intense, il ébauchera une véritable relation avec sa psychothérapeute, abordant pour la première fois des sujets de préoccupation authentiques. Puis vint la réorganisation de l'année scolaire débutante et la remise en cause de ses études qui fut, semble-t-il, la circonstance déclenchante d'un raptus dépressif brutal au cours duquel Etienne se tira un coup de fusil dans la tempe, entraînant un coma traumatique avec lésion du tronc cérébral dont il mourut au Centre neuro-chirurgical où il fut transporté.

Ce fut dans un contexte très relationnel au problème des études qu'Etienne se donna la mort d'une façon particulièrement violente.

De même, Antoine J., N° 12, âgé de 18 ans et demi, fit de très nombreuses tentatives de suicide, médicamenteuses notamment, mais qui n'ont jamais entraîné de coma. Le début de ses conduites suicidaires remonte à l'âge de 12 ans où, après une violente dispute avec son père, Antoine - sans réfléchir - se saisit brusquement

d'un revolver dont il braquera le canon sur sa tempe mais... ne tira pas. La deuxième fois, à l'âge de 17 ans, plus ou moins attiré par sa belle-soeur qui le séduisait tacitement, il tente de se jeter dans un barrage mais est retenu par sa famille qui le fit hospitaliser. La troisième tentative de suicide eut lieu un an plus tard, réalisée impulsivement avec des comprimés qu'il vomit immédiatement, le jour de Noël, puis appela un médecin qui demanda une nouvelle hospitalisation, suivie de plusieurs autres, dont la dernière dans notre établissement. Il se présentait alors comme un schizophrène dépressif avec manifestations pseudo-psychasthéniques et hystériformes, qui fit plusieurs tentatives de suicide pendant son bref séjour, sans jamais mettre réellement ses jours en danger ; jusqu'au jour où, après un pari avec une autre malade très perverse qui lui avait soutenu qu'il n'était pas "capable" de se tuer réellement, il dit à celle-ci de téléphoner chez son frère pour vérifier qu'il se sera bien suicidé Antoine ira chez celui-ci et se jettera par la fenêtre du 7ème étage, mourant à son arrivée à terre.

Inversement, nous voyons aussi des suicides que nous ne pouvons rattacher, vus de l'extérieur, à un contexte relationnel donné.

Par exemple, Denis B., N° 5, jeune schizophrène de 19 ans, qui avait dû être interné volontaire dans un service fermé à la suite d'une fugue avec errance, vols et filouterie à la S.N.C.F., ayant entraîné une expertise. Son état était, par ailleurs, inchangé quand, brusquement, il courut, trompant la surveillance des infirmiers, sauta par la fenêtre et se précipita sous le train qui surgissait au même moment sur la ligne de chemin de fer voisine. Les infirmiers qui le poursuivaient ne purent l'arrêter à temps et il fut happé, mortellement blessé par la locomotive.

De même, Gérard B., N° 6, hébéphrène de 20 ans qui, bien qu'un peu dépressif, exprima le désir de poursuivre sa scolarité au lycée. Vu la veille, rien dans son état ne pouvait laisser prévoir que, brusquement, le lendemain matin il se jetterait sous le métro, à son arrivée à la station et décéderait pendant son transport à l'hôpital.

Ainsi, en est-il pour Monique H., N° 11, hébéphrène qui, après une cure de sommeil, se trouvait nettement améliorée et partit fraîche et pimpante, maquillée, le sourire aux lèvres un matin... pour se jeter dans la Seine ; et l'on retrouva, le lendemain après-midi, son corps dans les écluses de Suresnes.

On remarque donc que certaines conduites suicidaires sont susceptibles d'être intégrées dans un contexte relationnel par l'entourage, tandis que d'autres semblent totalement inexplicables ; ces considérations nous amèneront tout naturellement à parler de :

f) La conduite suicidaire en tant que "langage" ou en tant que "qu'absence de langage".

Précisons bien, tout d'abord, ce que nous entendons par cette notion de "suicide langage" ; en effet, il est vrai que tout acte suicidaire traduit une impossibilité de communication comme le souligne A. Haim, dans la mesure où la fonction d'élaboration n'est plus alors possible. Par contre, nous pouvons considérer que la conduite suicidaire peut parfois être utilisée en remplacement du langage, un observateur averti pouvant prévoir et comprendre les motivations et l'intentionnalité du suicide qu'il peut même, à la limite, attendre, devant le comportement particulier de tel ou tel sujet. Ceci était le cas pour les malades dont nous avons relaté plus haut les observations N° 14 et 18 où l'on peut voir clairement une demande d'aide, qui est d'ailleurs quelquefois même formulée par écrit, notamment pour Gilberte R., N° 18, névrose de caractère hystérique chez qui tous les passages à l'acte s'inscrivent dans une relation donnée, avec une intention précise, dans un contexte qui laisse prévoir par l'entourage, les tentatives de suicide. Son comportement tient donc lieu de "langage". De même, Anne-Marie T., N° 24, qui avait investi massivement un médecin, déjà divorcé, avec deux enfants, qui s'était mis en ménage avec une première maîtresse, dans une relation éminemment triangulaire ; ce médecin eut une brève liaison avec Anne-Marie qui devint de plus en plus envahissante et insistante quant à son désir de partager totalement la vie quotidienne de son ami, si bien que celui-ci - ne désirant nullement renoncer

à sa première maîtresse et à sa vie antérieure - tenta de s'éloigner. C'est alors qu'Anne-Marie le menaça de se tuer dans un contexte très théâtral puis prit du Mogadon et du Paxital. Le lendemain matin, son ami ne la voyant pas venir au laboratoire où ils travaillaient ensemble, donna l'alerte et elle fut transportée dans un hôpital sans qu'il soit besoin de la réanimer. Elle fit une deuxième tentative de suicide dans un contexte semblable, quelques mois plus tard, puis une troisième lors de la rupture d'une nouvelle relation sentimentale ; une quatrième avec des anti-dépresseurs dans l'établissement où elle était hospitalisée ; elle était alors tout à la fois, fort agressive, anxieuse, dépressive et sténique. Deux mois plus tard, Anne-Marie, repliée, triste, menaçant de se tuer et très agressive, se sentant rejetée à la fois par les autres malades et par les médecins, par ses amis et sa famille, se jettera dans la Seine... devant la brigade fluviale qui la repêcha aussitôt pour la ramener à la clinique où elle exprimera son "droit à avoir un entretien immédiat" après cette tentative d'autolyse. Quelque temps plus tard, elle sortit de la clinique contre son gré et reprit son travail de laborantine, tout en vivant seule dans sa chambre, toujours sub-dépressive et anxieuse ; nous recevrons un appel téléphonique du patron de son service un jour, inquiet de ne pas la voir à son laboratoire. En fait, Anne-Marie avait de nouveau pris des médicaments, la veille au soir du jour où le fils du concierge avait l'habitude de venir lui présenter sa quittance. Venue lui ouvrir la porte quand celui-ci passa, comme prévu, elle s'écroula dans ses bras, plus ou moins subcomateuse, ce qui la fit admettre dans un service hospitalier d'où elle sortit dix jours plus tard, pour vivre chez sa soeur mariée, tout en poursuivant son travail ; toujours dépressive. C'est un mois plus tard qu'elle ingéra brusquement de l'acide sulfurique dans le laboratoire où elle était venue travailler, comme à l'habitude. Nous pouvons, chez cette malade présentant une conduite suicidaire itérative, percevoir et comprendre, au moins partiellement, ses gestes d'autolyse.

Inversement, nous nous trouvons parfois, devant des actes suicides absolument imprévisibles, incompréhensibles, dont il n'est pas possible de percevoir l'intentionnalité ; comportement qui ne peut nullement être intégré en tant que langage ayant une signification, par un observateur. Ainsi, Nadia G., N° 10, schizophrène très impulsive qui, sans que son geste ait pu être prévu ni motivé rationnellement se jeta un jour brusquement sur sa soeur pour l'étrangler. De la même façon, quelques années plus tard, elle s'ouvrit impulsivement les veines, toute seule dans sa chambre et fut trouvée inanimée par des amis. Pendant son hospitalisation dans la clinique, elle se rase un jour les sourcils sans pouvoir donner de raison valable à son geste sinon celle de s'enlaidir alors que, deux à trois jours auparavant, elle faisait part de son regret de se sentir laide. Elle fit, quelque temps plus tard, une deuxième phlébotomie dont les motifs sont des plus ambigus, des vols discordants, immotivés et impulsifs, et fut hospitalisée dans un service fermé pour ces troubles du comportement. Quelque temps après sa sortie, elle fut trouvée morte, seule dans sa chambre, par ses parents, à la suite d'une intoxication médicamenteuse impulsive.

Il en était de même pour Denis B., N° 5, Gérard B., N° 6, Monique H., N° 11, que nous avons cités plus haut parmi les suicides désinsérés d'un contexte relationnel ; ou Jacqueline D. N° 8, schizophrène paranoïde, qui ira brusquement se jeter des Tours de Notre-Dame ; Hélène L., N° 15, qui lors d'une permission hors d'un service hospitalier, heureuse d'être invitée par une famille amie, demanda tout à coup, au cours du repas, un comprimé de tranquillisant, disant ne pas se sentir bien, et pendant la brève absence de ses amis partis lui chercher ce qu'elle demandait elle se précipita par la fenêtre dans un raptus anxieux brutal et se tua net.

Nous voyons donc mal chez l'ensemble de ces derniers malades, ce qui motive leur conduite suicidaire, tellement impulsive qu'il n'est pas possible de la prévenir, et qui ne semble nullement un moyen d'échange relationnel avec l'entourage.

Cette notion de "suicide langage" nous conduira à considérer le vécu du personnel soignant relatif aux actes suicide des malades hospitalisés dans l'institution.

g) Quelques remarques sur l'institution et la mort.

Certains jours, l'atmosphère est particulièrement lourde d'anxiété, notamment dans les heures qui suivent un acte suicidaire de l'un des malades. Certains de leurs camarades errent au travers de l'immeuble, en quête de renseignements concernant celui ou celle qui vient d'être évacué ou qui n'est pas rentré le soir. D'autres évoquent d'anciens camarades morts de suicide, qu'ils ont connus. Le personnel soignant vivement sollicité renforce la surveillance auprès des autres malades suicidaires ou dépressifs ; certains étudiants hospitalisés se hasardent à poser quelques questions sur le disparu, d'autres s'en gardent bien, voulant ignorer ce qui les angoisse d'une manière particulièrement intolérable, ou guettent en silence si leur voisin absent rentre bien, et vont même jusqu'à stationner devant la porte d'entrée pour vérifier le passage de tous ceux qui rentrent et identifier l'absence.

A son tour, le personnel soignant se remémore les circonstances de certains décès volontaires connus et recense mentalement ceux qui, parmi les malades, pourraient éventuellement avoir une conduite suicidaire, utilisant souvent le vocable suivant : "celui-là, si un jour il tente de se suicider, il ne se ratera pas celui-là non plus ; quant à un tel, il fera toujours ce qu'il faut pour que nous puissions être prévenus, on peut être tranquille". C'est ainsi qu'un jour, après une tentative spectaculaire de l'une d'entre elles qui avait absorbé des médicaments, puis, s'était empressée de prévenir un camarade qui se précipita pour donner l'alerte à l'infirmier le plus proche, afin de faire effectuer un lavage d'estomac, tout le personnel soignant et les autres malades... attendaient que l'une des autres, hospitalisée pour une névrose de caractère hystérique "fasse sa tentative de suicide" et l'ensemble de l'établissement soupira de soulagement quand, en fin de journée, celle-ci se décida enfin à réclamer un lavage d'estomac aussitôt après avoir avalé un tube de médicament. L'atmosphère alors s'allégea immédiatement, notamment parmi le personnel soignant.

Il est notable cependant que, dans l'ensemble, "l'intuition" des soignants vivant avec les malades les trompe peu souvent ; et ceux pour lesquels ils ont évoqué un suicide imprévisible et grave

en font bien souvent un, mais... à un moment ou dans un endroit tels qu'il surprend tout l'établissement.

Cette constatation est naturellement, purement empirique et vécue ; il est difficile de dire quelle valeur exacte peut avoir cette vigilance suscitée par un sentiment d'inquiétude plus particulier vis-à-vis d'un malade gravement suicidaire.

Par ailleurs, ici comme dans le monde extérieur dit "normal", le "tabou" concernant la mort de sujets jeunes, quoique plus ou moins voilé, perce au travers des propos émis à son sujet. Par exemple, nombreux sont ceux qui se posent les questions suivantes : doit-on tenir au courant de la conduite suicidaire de leurs camarades, les malades qui cherchent anxieusement à se renseigner auprès des infirmiers et des médecins ? Doit-on révéler leur mort s'ils interrogent l'entourage précisément à ce sujet ? Doit-on évoquer en réunion de groupe de malades le problème des suicides ? Les étudiants hospitalisés sont-ils au courant du suicide tenté le jour même ? Plus ou moins indirectement chacun essaie de trouver de bonnes raisons pour ne pas "ébruiter" la survenue d'un suicide, réussi ou non. Chacun peut se sentir remis en question par une mort volontaire : ne pouvait-on l'éviter d'une façon ou d'une autre ? Avons-nous fait tout ce qui était en notre pouvoir pour qu'il ne se réalise pas ? Quelle est la participation inconsciente de l'entourage, à ces actes suicides ?

Nous parlerons à ce sujet des exemples suivants :

- Françoise, malade de la clinique traitée pour une névrose phobo-obsessionnelle, ira un soir, rendre visite à son ami, anciennement hospitalisé, Robert P., N° 16. Elle avait eu avec lui, antérieurement, une longue relation intime qu'elle avait d'ailleurs très difficilement interrompue, constatant un nouvel épisode délirant chez ce schizophrène paranoïde ; elle s'était vivement sentie culpabilisée de le laisser tomber juste alors qu'il était malade. Frappant à la porte de la chambre de son ami, accompagnée d'une camarade, Françoise n'obtint pas de réponse mais entendit un poste de radio allumé, vit de la lumière sous la porte et perçut une forte respiration qu'elle attribua aussitôt à la prise d'une quantité un peu importante de médicaments, par Robert, coutumier de ce fait lors d'insomnies ou, pour fuir un

état dépressif. Robert avait dû, peu de temps auparavant, abandonner ses études de Médecine, ayant échoué pendant des années, à la quatrième année ; il était sorti de l'institution pour prendre un poste de visiteur médical. Françoise revint donc à la clinique, n'osant parler de ses préoccupations concernant son ami au personnel soignant qu'elle connaissait pourtant très bien, craignant, nous a-t-elle dit ensuite, que nous n'allions aussitôt "défoncer pour rien" la porte de sa chambre. Mais le lendemain, inquiète, elle retournera, toujours accompagnée de sa camarade, chez Robert ; là, entendant toujours le poste resté allumé, mais n'obtenant pas plus de réponse que la veille au soir à ses appels, constatant aussi que nulle respiration n'était audible au travers de la porte, stimulée par sa camarade, elles se rendront toutes deux au Commissariat pour demander à la Police de pénétrer chez cet ancien malade qui sera alors trouvé dans un coma largement dépassé, dû à des neuroleptiques associés à des hypnotiques. Manifestement, Françoise a pris une part inconsciente à la mort de son ami en ne faisant pas part à son entourage de ses inquiétudes, tandis que l'institution qui l'avait amené à renoncer à ses ambitions professionnelles très investies, à son idéal narcissique, l'a dévalorisé.

- de même Jean-François, N° 14, qui vint un jour demander une nouvelle admission "dans le but de se suicider" nous dira-t-il plus tard, tentative qu'il fera par pendaison ; celle-ci n'entraînera d'ailleurs pas sa mort dans la mesure où une infirmière fut prévenue par le malade lui-même, qui mit en route l'alarme tout en sautant de la chaise pour s'étrangler. Après une sortie disciplinaire hors de l'établissement, suivie immédiatement d'une nouvelle tentative de suicide médicamenteuse dans un hôtel voisin d'où il avait téléphoné à la clinique, pour l'informer qu'il avait décidé de mourir ; un peu plus tard, Jean-François vint dans l'institution même réaliser son suicide-décès, un jour de Noël. Il n'y fut découvert que trop tard, dans un lieu momentanément condamné qu'il avait réussi à ouvrir ayant ainsi pu échapper à la surveillance, mort des suites d'un coma toxique.

- un troisième exemple, Etienne S., N° 21, pour lequel les études avaient été remises en question peu de temps avant son suicide dans l'institution même.

Chacun, en effet, qu'il suive ou non de près un jeune malade suicidaire, ne peut s'empêcher de se sentir concerné personnellement plus ou moins angoissé par ce désir de mort que les passages à l'acte suicidaire ne permettent pas de nier. Mais chacun réagit suivant sa nature propre, cherchant souvent en vain un moyen pour prévenir ces "accidents". Nous sommes, en effet, bien démunis si nous relevons que 14 des 26 morts suicidés ont été suivis en psychothérapie d'inspiration analytique, pendant parfois plusieurs années ; les 26 ont eu tous un traitement médicamenteux ou biologique (comas insuliniques, électro-chocs), tous ont bénéficié d'un ou plusieurs séjours dans un établissement hospitalier ou une clinique spécialisée, certains étaient même hospitalisés, encadrés journallement quand ils ont réalisé leur suicide. Pour quelques épisodes dépressifs aigus, névrotiques ou mélancoliques cédant aux médications thymo-analeptiques ou aux électro-chocs, combien d'accès dépressifs aigus d'apparition brutale ou de brusque impulsion, ou d'amélioration notoire s'accompagnant d'une certaine lucidité sur la gravité de leurs troubles, chez les schizophrènes, entraînant un passage à l'acte imprévisible et parfois irrémédiable ? Tout ceci pose, pour l'institution, le problème quotidien du "risque" à mesurer pour chaque patient qui, dans ce service très libre, entre et sort chaque jour pour aller à ses cours et activités diverses, risque qu'il est souvent inévitable de courir, dans la mesure du possible, afin de sécuriser par-là même les malades hospitalisés, tout en leur donnant un traitement approprié à leur état ; en effet, l'angoisse des soignants et les mesures d'isolements vont souvent dans le sens d'une augmentation de l'anxiété et, par-là même, des tendances suicidaires.

Toutes ces remarques amènent à penser que la mort volontaire des malades hospitalisés dans cet établissement concerne, non seulement l'institution elle-même, mais tout le personnel soignant dont les réactions s'intriqueront avec celles des malades, car tous se sentent alors angoissés, plus encore que par toute autre mort, d'autant plus qu'il s'agit ici de sujets jeunes, intelligents, en pleine santé physique, dont les motivations d'autolyse, généralement incompréhensibles, sont le plus souvent complexes et très hypothétiques.

C O N C L U S I O N

Cette étude sur de jeunes lycéens en terminale et étudiants hospitalisés en milieu psychiatrique, entre donc dans un cadre restreint, non représentatif d'une population générale ; mais, par ailleurs, ce petit échantillon de malades est le reflet d'une population plus importante, constituée de jeunes, non insérés dans la vie sociale pour quelques motifs que ce soit. Ces derniers posent souvent des problèmes similaires à ceux de grands adolescents.

Pour cette collectivité un peu particulière, nous noterons le double but, pédagogique et médical, que se propose d'atteindre cet établissement de 60 lits où se sont succédés, en 7 ans, 453 malades ; certains ont dû, soit abrégé, soit interrompre leurs études et travailler, soit s'orienter vers des études différentes. Leur devenir ne nous est pas toujours connu dans la mesure où, seulement, un quart d'entre eux sont suivis régulièrement en post-cure, après un séjour dont la durée moyenne est d'une année scolaire. Parmi les étudiants hospitalisés, nous soulignerons la proportion inhabituellement forte de garçons en Lettres et de filles en Médecine, comparativement à celle qui est habituellement retrouvée dans ces Facultés. Le pourcentage de garçons et de filles, dans l'établissement, est identique à celui que l'on voit généralement en milieu étudiantin, c'est-à-dire respectivement 60 % et 40 %. Près de la moitié de l'ensemble de ces malades sont schizophrènes, 20 % psychotiques, 20 % névrosés et 15 % border-line, avec un pourcentage nettement plus élevé de schizophrènes chez les garçons, et de névrosés chez les filles. Nous soulignerons l'absence quasi totale de psychopathes.

Toutes les données, résultant de la brève étude des "tentatives de suicide" survenues chez 30 % des patients, et de celle, un peu plus approfondie des "suicides décès" constatés chez 6 % d'entre eux, tendent à mettre en évidence, encore davantage s'il en était besoin, l'impossibilité de séparer "tentatives de suicide" et "suicides décès", sinon pour des raisons artificielles

de commodité pratique. Si nous comparons les chiffres constatés ici avec ceux de la population générale, nous relevons un suicide pour 5 tentatives de suicide, pourcentage habituellement retrouvé. Les filles ici, tentent de se suicider une fois et demie seulement de plus que les garçons, alors que, le plus souvent, les chiffres de 3 filles pour un garçon sont avancés à cet âge.

En outre, proportionnellement, les garçons, dans l'établissement, ne décèdent pratiquement pas plus de suicide que les filles, contrairement aux statistiques faites sur une population générale où l'on dénombre deux garçons suicidés pour une fille.

Nous soulignerons, par ailleurs, dans la population globale étudiée ici, l'important pourcentage de "tentatives de suicide", avant tout parmi ceux des disciplines para-médicales, ensuite des lycéens, puis les étudiants en Médecine et en Lettres ; tandis que ce sont les étudiants en Médecine qui se suicident le plus, en particulier les filles.

Si nous considérons les diagnostics posés, ce sont en premier lieu, les "border-line" qui "tentent" de se suicider, puis viennent, également, les névrosés, les psychotiques et les schizophrènes ; par contre - proportionnellement - ce sont les schizophrènes et les border-line, loin devant les névrosés et les psychotiques, qui "réussissent" le plus souvent leur suicide.

Nous noterons la forte proportion, tant de suicides que de tentatives de suicide, mais nous rappellerons qu'il s'agit ici de malades hospitalisés donc, gravement atteints, puisque deux tiers d'entre eux ont une psychose, schizophrénique ou autre, et que nombreux sont ceux dont l'admission se fit au décours de conduites suicidaires.

Si nous étudions les suicides-décès proprement dits : le milieu familial de ces malades décédés de suicide est presque toujours perturbé et très peu sécurisant. Les trois quarts des 26 suicidés ont souffert d'une grave carence paternelle. Il existe souvent une nette différence de niveau culturel entre l'étudiant et sa famille, contrairement au milieu étudiantin, en général. Les antécédents psychiatriques familiaux sont souvent chargés. Un peu moins de la moitié dut être transplantée au

moment d'aborder leurs études supérieures : à l'accession d'une certaine autonomie qui acheminait ces jeunes vers la condition d'adulte, avec les initiatives que cela comporte, s'ajoutait donc la séparation du milieu familial et l'isolement. Nous remarquerons la fréquence des décompensations de ces malades, au moment de leur entrée en Faculté, où l'encadrement est, par ailleurs, moindre qu'au lycée, sans qu'il y ait même transplantation surajoutée.

Les suicides sont survenus électivement à quatre périodes de l'année : au printemps, au début de l'été et pendant les fêtes de fin d'année, comme dans la population générale ; mais, ici, le début de l'été correspond aux examens de fin d'année scolaire et l'on note, en outre, une nette recrudescence des suicides au moment de la rentrée scolaire, en Septembre-Octobre.

Par ailleurs, deux tiers des étudiants suicidés, ont eu des passages à l'acte suicidaires avant leur mort ; la majorité a présenté d'importants troubles de l'humeur et plusieurs traits de caractère favorisant la tendance à l'agi.

L'étude du contexte dans lequel survenaient certaines tentatives de suicide et certains suicides, nous a amenés à considérer le problème du "suicide langage" ou "absence de langage" et nous avons constaté que : certains malades semblaient utiliser leurs conduites suicidaires en remplacement d'un langage verbalisé avec l'entourage qui les observait, et pouvait comprendre, au moins partiellement, ce qu'ils voulaient ainsi exprimer ; contrairement à ceux pour lesquels, même un observateur averti, ne pouvait ni expliciter, ni comprendre, ni prévoir leur acte suicide.

L'institution doit faire face, quotidiennement, à l'éventualité ou à la réalisation de conduites d'autolyse, qui peuvent majorer son angoisse propre. En conséquence, de par le sentiment d'insécurité ressenti par les malades, elle peut renforcer leurs tendances suicidaires. Si nous parvenons, au contraire, à désamorcer cette anxiété, en ne prenant pas trop de mesures draconniennes de sécurité, il est parfois possible par là même, d'éviter un certain nombre de suicides.

moment d'aborder leurs études supérieures : à l'accession d'une certaine autonomie qui acheminait ces jeunes vers la condition d'adulte, avec les initiatives que cela comporte, s'ajoutait donc la séparation du milieu familial et l'isolement. Nous remarquerons la fréquence des décompensations de ces malades, au moment de leur entrée en Faculté, où l'encadrement est, par ailleurs, moindre qu'au lycée, sans qu'il y ait même transplantation surajoutée.

Les suicides sont survenus électivement à quatre périodes de l'année : au printemps, au début de l'été et pendant les fêtes de fin d'année, comme dans la population générale ; mais, ici, le début de l'été correspond aux examens de fin d'année scolaire et l'on note, en outre, une nette recrudescence des suicides au moment de la rentrée scolaire, en Septembre-Octobre.

Par ailleurs, deux tiers des étudiants suicidés, ont eu des passages à l'acte suicidaires avant leur mort ; la majorité a présenté d'importants troubles de l'humeur et plusieurs traits de caractère favorisant la tendance à l'agi.

L'étude du contexte dans lequel survenaient certaines tentatives de suicide et certains suicides, nous a amenés à considérer le problème du "suicide langage" ou "absence de langage" et nous avons constaté que : certains malades semblaient utiliser leurs conduites suicidaires en remplacement d'un langage verbalisé avec l'entourage qui les observait, et pouvait comprendre, au moins partiellement, ce qu'ils voulaient ainsi exprimer ; contrairement à ceux pour lesquels, même un observateur averti, ne pouvait ni expliciter, ni comprendre, ni prévoir leur acte suicide.

L'institution doit faire face, quotidiennement, à l'éventualité ou à la réalisation de conduites d'autolyse, qui peuvent majorer son angoisse propre. En conséquence, de par le sentiment d'insécurité ressenti par les malades, elle peut renforcer leurs tendances suicidaires. Si nous parvenons, au contraire, à désamorcer cette anxiété, en ne prenant pas trop de mesures draconniennes de sécurité, il est parfois possible par là même, d'éviter un certain nombre de suicides.

En outre, dans ce milieu, composé de lycéens, en terminale et d'étudiants, la remise en question de la poursuite des études est fréquente ; nous nous trouvons devant l'éventualité soit d'un arrêt, avec insertion professionnelle, soit d'une orientation vers des études plus brèves ou différentes, chez des malades fragiles, surinvestissant leurs études. Ceux-ci sont alors dans l'impossibilité de réaliser leur idéal narcissique et ne parviennent parfois pas à entrevoir d'autre choix que celui des études ou de la mort.

C'est pourquoi le problème est si délicat d'amener un étudiant, présentant des difficultés intellectuelles et psychologiques telles, qu'il semble souhaitable de le réinsérer socialement dans un cadre professionnel, à renoncer à la poursuite d'études massivement investies, qu'il ne semble plus capable d'assumer.

[illegible]

B I B L I O G R A P H I E

- COURCHET (L) Le Suicide. Evol. Psychiat. 1955 Fasc. III
- DANON-BOILEAU (H) Le Suicide chez l'adolescent universitaire.
- LEVY (E) IIème Congrès Europ. de Pédo-Psychiatrie,
- ROUSSEAU (A) Rome, Juin 1963.
- DUCHE (D.J.) Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent : Psychiatrie de l'Enfant. Vol. VII Fasc. I PUF, Paris 1964.
- Tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Entretiens de Bichat, 1964 et, "Acta Paedopsychiatrica" 1968, vol. 35 fasc. 11-12, p. 345-373
- L'enfant et la mort. Ecole vue par les parents N° 1, Novembre 1963.
- DUQUESNES Les 16-24 ans. Enquête de l'IFOP. Le Centurion, Paris 1963.
- DURKHEIM (E) Le Suicide, PUF, Nouv. Ed. 1960.
- EY (H) Etudes Psychiatriques. Paris. Desclée de Brouwer 1948, t. II : Etude N° 14 : Le Suicide pathologique, pp. 341-377
- FREUD (A) Le moi et les mécanismes de défense. PUF 1964.
- FREUD (S) Métapsychologie. Deuil et mélancolie. Gallimard 1968.
- Trois essais sur la sexualité. Gallimard, Paris, 1923.
- GAULTIER (M) A propos de 47 cas de tentatives de suicide
- FOURNIER (E) chez des adolescents. Hyg. Ment. N° 6.
- GORGEIX (A) Rev. Déc. 1961.
- GORGEIX (A) Le suicide, l'adolescence et le poison. Semai des Hôpitaux. 39ème année. N° 50. 8.11.1963.

- GERAUD La tentative de suicide en milieu étudiant.
Revue Neuro. Psych. Inf. 45, 7-8 1967.
pp. 619-625
- HAIM (A) Les suicides d'adolescents. Rev. Med. Paris,
1964, 5, pp. 547-556
- Le suicide chez les mineurs (adolescents)
Hyg. Ment. 1964, 53-2, pp. 49-68
- Le suicide chez les adolescents. Payot.
Mars 1969.
- LAPLANCHE (J)
PONTALIS (J.P.) Vocabulaire de la Psychanalyse, art. "Pulsion
de mort", PUF, Paris 1967. p. 371
- LAUNAY (C)
COL (Ch.) Suicide et Tentative de suicide chez l'enfant
et l'adolescent. Rev. du Prat. t. XIV N° 6.
21.2 - 1964.
- MOINET (A) Le suicide de grand abandon. Thèse Méd.
Paris 1965, N° 596.
- NICK (J)
MOINET (A) Le suicide d'abandon. Annales Méd. Psychol.
des LAURIERS (A).... t. II N° 1, Juin 1966.
- GUILLAUD (A)
NICOLE (M)
- POROT (M) Clèrmont-Ferrand - "Les tentatives de suicide
des adolescentes" Evol. Psychiat. 34 (4).
789-813. Oct.-Déc. 1969.
- QUIDU (M) Sémiologie de la conduite suicidaire EMC
Psychiatrie. 37.140. G 10. 1. pp. 4
- REVUE PROBLEMES Numéro spécial sur le suicide, notamment
article de Braude (R), Colin (M) et Moine
(M et C). Revue de l'AGEMP N° 58-59.
Avril-Mai 1959.
- SOUBRIER (J.P.) Aspects psychiatriques de l'intoxication ai-
guë volontaire. Thèse Méd. Paris 1965.
- SUTTER (J.M.)
LUCCIONI (M) Le syndrome de carence d'autorité. Rev. Neuro
Psych. Inf. 7ème année. N° 3-4, 1959.
- SZYMANSKA (Z)
ZELAZOWSKA (S) Suicides et tentatives de suicide chez les
enfants et les adolescents. Rev. Neuro-Psych.
Inf. N° 12, Déc. 1964.

